

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS PARTO-NIÑO

Grupo “CUIDADOS EN EL PARTO
Y AL NIÑO”

2011

Coordinadora:

Rosario Fernández Flórez

Responsable Funcional del Área de Enfermería del Proyecto EDESIS

Dirección General de Innovación

Consejería de Sanidad

Autores

Grupo “Cuidados en el parto y al niño”

Dirección General de Innovación

Consejería de Sanidad

Se relacionan en el Anexo 1

Contenido

INTRODUCCIÓN	7
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA”	10
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA.....	12
INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN-EXPLORACIÓN	12
INDICADORES DE LA PESTAÑA RESULTADOS DE ANALÍTICAS.....	15
INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN PUERPERAL.....	16
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “MONITORIZACIÓN PRENATAL”	18
INDICADORES DEL FORMULARIO MONITORIZACIÓN PRENATAL	20
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PARTOGRAMA”	22
INDICADORES DEL FORMULARIO PARTOGRAMA	24
INDICADORES DE LA PESTAÑA DILATACIÓN	24
INDICADORES DE LA PESTAÑA EXPULSIVO	27
INDICADORES DE LA PESTAÑA ALUMBRAMIENTO	27
INDICADORES DE LA PESTAÑA GESTACIÓN ACTUAL.....	29
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN PUERPERAL”	32
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN PUERPERAL.....	33
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS.....	36
CUIDADOS DE LA MADRE	36
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.....	38
FORMULARIO DE REGISTRO “VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO”	41
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO	42
INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN.....	42
INDICADORES DE LA PESTAÑA PROTOCOLO DEL RN	43
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “CONTROL DEL RN SANO”	45
INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL RN SANO	46
INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES	46
INDICADORES DE LA PESTAÑA SOMATOMETRÍA.....	46
INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN.....	47
INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN	47
INDICADORES DE LA PESTAÑA PIEL Y MUCOSAS	47
INDICADORES DE LA PESTAÑA PRUEBAS	48
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “LACTANCIA MATERNA”	50

INDICADORES DEL FORMULARIO OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA	51
INDICADORES DE LA PESTAÑA SIGNOS DE NORMALIDAD.....	51
INDICADORES DE LA PESTAÑA SIGNOS DE ANORMALIDAD	51
PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.....	54
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.....	54
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO. EDAD 0 A 24 MESES:	
INTRODUCCIÓN	57
FORMULARIO “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES”	59
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES.....	61
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 1-2-3	61
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 4-7-10	62
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 11-12-13	63
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES SEGUNDA PARTE	65
INDICADORES DE LAS PESTAÑAS DOMINIOS 7-9.....	65
GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA:	
NIÑOS 0-24 MESES”	67
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS. ENTREVISTA	69
EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS.....	70
CAMPOS OBLIGATORIOS.....	72
ANEXO A:.....	75
ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP:	
ESCALA BRADEN Q	76
ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN NEONATOS	80
ESCALA NIPS (NEONATAL INFANTS PAIN SCALE).	80
ESCALA BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE).....	81
ESCALA PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE)	82
ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL) ..	83
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO”	85
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO	86
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PACIENTE CRÍTICO NEONATO”	89
INDICADORES DEL FORMULARIO PACIENTE CRÍTICO NEONATO.....	90
INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES Y PERFUSIONES	90
INDICADORES DE LA PESTAÑA AISLAMIENTO VÍA AÉREA.....	90
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO CONTROL DEL NEONATO.....	93
INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL NEONATO.....	94

INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES	94
INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN.....	94
INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN	94
INDICADORES DE LA PESTAÑA INCUBADORA	95
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE	97
INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE	98
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO. EDAD 2 A 14 AÑOS. ..	100
INTRODUCCIÓN	100
FORMULARIO DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA NIÑO 2 A 14 AÑOS	102
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIATRÍA 2 A 14 AÑOS	103
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 1-2-3	103
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 4-5.....	104
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 6-7.....	105
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 9.....	106
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 10-11	106
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 12-13	107
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 2 A 14 AÑOS. SEGUNDA PARTE	109
INDICADORES DE LAS PESTAÑAS DOMINIOS 5-6-7-9	109
GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 2-14 AÑOS”	112
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS. ENTREVISTA	113
EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS.....	114
CAMPOS OBLIGATORIOS.....	117
COMENTARIOS	118
ANEXO A:.....	121
ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP.....	122
ESCALA BRADEN Q	122
ESCALA BRADEN	126
ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR.....	129
ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)	129
ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA). ESCALA DE CARAS.....	130
ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.	132
ESCALA DE BARTHEL.....	132
ANEXO 1	134

COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS EN EL PARTO Y AL NIÑO”	135
COLABORADORES.....	136

BORRADOR

INTRODUCCIÓN

BORRADOR

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE LA MADRE

FORMULARIO
“VALORACIÓN/EXPLORACIÓN
OBSTÉTRICA”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA”

Este formulario recoge la información necesaria para documentar el estado de la gestante o la puérpera siempre que **no esté ingresada**. En el postparto inmediato la matrona o la enfermera de hospitalización, dependiendo del hospital, registrarán los datos de la puérpera en “Valoración puerperal”

Se pretende que todos los datos que han de informarse cuando la mujer acuda a urgencias o a la consulta de ginecología estén reunidos en este formulario que se ha organizado según las siguientes pestañas:

Valoración/Exploración obstétrica

La información se agrupa bajo los siguientes epígrafes:

- **Valoración/Exploración:** Se recogen datos, además del motivo de consulta, relacionados con el embarazo actual (edad gestacional, tipo de gestación, si es embarazo de riesgo).
Nota: Si la mujer presenta edemas, han de anotarse en observaciones.
- **Antecedentes obstétricos:** Fórmula obstétrica, antecedentes personales y de analíticas.
- **Antecedentes ginecológicos:** En cuanto a la menarquía y ciclo menstrual.
- **Exploración física:** Características y aspecto de la vulva, vagina y cérvix.
- **Tacto vaginal:** Se registra el resultado de esta exploración en cuanto a la maduración del cuello, los planos de Hodge, el resultado del test de Bishop, la presentación fetal¹...
- **Bolsa:** Se registra en este apartado lo relativo al líquido amniótico (aspecto, cantidad) y a la integridad de la bolsa.
- **Otros datos:** Información sobre el diagnóstico, si la paciente es trasladada a otro hospital...

Aunque la mayor parte de la información está estandarizada, en cada uno de los apartados hay al menos un campo de observaciones para registrar aquellos datos menos frecuentes o comentarios del profesional.

1 Nota: En cuanto a la presentación se han especificado en el formulario las más habituales. La presentación puede ser:

- **Cefálica:** Según la actitud, la presentación cefálica puede ser: occipucio, sincipucio o bregma, de frente y de cara.
- **Podálica:** Según la actitud, tenemos nalgas puras o completas, nalgas impuras o incompletas y nalgas incompletas, variedad pie o rodilla.
- **Compleja:** Resultado de una situación transversa u oblicua.

Según la relación del feto con la pelvis materna existen variedades de presentación. En el formulario se registrará a texto libre en el campo “presentación”.

Presentación cefálica de occipucio:

- **OP** (occipito-púbica)
- **OIIA** (occipitoilíaca izquierda anterior)
- **OIIP** (occipitoilíaca izquierda posterior)
- **OIIT** (occipitoilíaca izquierda transversa)
- **OS** (occipitosacra)
- **OIDA** (occipitoilíaca derecha anterior)

- **OIDP** (occipitoilíaca derecha posterior)
- **OIDT** (occipitoilíaca derecha transversa)

Presentación cefálica de sincipucio:

- **SIIA** (sincipitoilíaca izquierda anterior)
- **SIIP** (sincipitoilíaca izquierda posterior)
- **SIIT** (sincipitoilíaca izquierda transversa)
- **SIDA** (sincipitoilíaca derecha anterior)
- **SIDP** (sincipitoilíaca derecha posterior)
- **SIDT** (sincipitoilíaca derecha transversa)

Existe igual nomenclatura para las presentaciones cefálicas de frente y de cara, así como para las presentaciones podálicas.

Estas variedades de presentación se pueden llamar también *posición* porque ésta es la relación que guarda el dorso del feto con el abdomen materno, que es la misma que tiene respecto a la pelvis materna.

Resultados de analíticas:

En esta pestaña se registran aquellos resultados de las pruebas más importantes para la paciente.

Valoración Puerperal

Con dos epígrafes:

- **Valoración puerperal:** Indicadores que exploran el estado de la mujer después del parto (estado de la episiotomía, puerperio normal o patológico...)
- **Planificación familiar:** Método que sigue la paciente.

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA

INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN-EXPLORACIÓN

→.Valoración/Exploración	
Motivo de la consulta	Desplegable: Algias abdominales Amenaza de aborto Ausencia de movimientos fetales Control de gestación Dinámica de parto Fiebre Metrorragia primer trimestre Metrorragia segundo trimestre Metrorragia tercer trimestre Posible rotura prematura de membranas Metrorragia puerperal Fiebre puerperal Otro
Otro (especificar)	
FUR	
Edad gestacional	
Tipo de gestación	Desplegable: Única Múltiple: Gemelar Múltiple: Trillizos Múltiple: Cuatrillizos
Embarazo de alto riesgo	Desplegable: Si No
Motivo alto riesgo (especificar)	Desplegable: Cirugía ginecológica previa Diabetes Hipertensión Hipertiroidismo Malos antecedentes obstétricos Prematuridad Otros
Otros (especificar)	
Altura (cm)	
Peso (Kgr)	
Albuminuria	Desplegable: Negativa + ++ +++
Observaciones	
→ Antecedentes obstétricos	
Gestaciones (G)	Desplegable: G0 a G9
Partos (P)	Desplegable: P0 a P9
Cesáreas (C)	Desplegable: C0 a C9
Abortos (A)	Desplegable: A0 a A9
Vivos (V)	Desplegable: V0 a V9
Muertos (M)	Desplegable: M0 a M9
Antecedentes familiares	
Antecedentes personales	
Observaciones antecedentes	

obstétricos	
Grupo y Rh	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Coombs indirecto	Desplegable: Negativo Positivo
Observaciones	
→ Antecedentes ginecológicos	
Menarquia (años)	
Duración de la menstruación (días)	
Ciclo menstrual (días)	
Cantidad	Desplegable: Escasa Normal Abundante Muy abundante
→ Exploración física	
Vulva	
Vagina	
Cérvix	
→ Tacto vaginal	
Dilatación (cm)	Desplegable: Valores de 0 a 10
Borramiento	Desplegable: 0% - 30% 40% - 50% 60% - 70% 80% - 100%
Consistencia	Desplegable: Blanda Dura Media
Posición	Desplegable: Posterior Media Centrada
Plano de Hodge	Desplegable: SES I II III IV
Test de Bishop: Total	Fórmula
Presentación	Desplegable: Cefálica Podálica Hombro Otras
Otras (especificar)	
Posición del útero	
Posición fetal	
Observaciones	

→ Bolsa	
Estado de la bolsa	Desplegable: Integra Rota Dudosa
Aspecto del líquido amniótico	Desplegable: Claro Meconial + (Amarillento) Meconial ++(Verde) Meconial +++("Puré de guisantes") Sanguinolento No fluye líquido
Cantidad líquido amniótico	Desplegable: Escasa Abundante Normal
Rotura de bolsa	Desplegable: Espontánea prematura Espontánea precoz Espontánea tempestiva Artificial
Fecha de la rotura	
Hora de la rotura	
Observaciones	
Amnioscopia	Desplegable: No posible Dudosa Negativa Positiva
Monitorización o test no estresante	
Observaciones	
Avisado ginecólogo	Desplegable: Si No
Diagnóstico por exploración	Desplegable: Parto Periodo activo de parto Falso trabajo de parto Amenaza de aborto Aborto diferido Aborto incompleto Gestación en curso normal RPM <12 horas RPM >12 horas Fiebre puerperal Endometritis Retención de restos Amenaza de parto prematuro Otros
Otros (especificar)	
Derivación	Desplegable: Domicilio Ingreso en obstetricia Ingreso en partos Traslado al HUCA
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA RESULTADOS DE ANALÍTICAS

→.Resultados de analíticas	
S Toxoplasmosis	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado Posible seroconversión
S rubéola	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado
S anti-VIH	Desplegable: Negativo Positivo
Cultivos (SGB)	Desplegable: Positivo Negativo Desconocido No realizado
S Lúes	Desplegable: Negativo Positivo
S Hepatitis B	Desplegable: Positivo Negativo Dudoso No realizado
S Hepatitis B especificar	
Observaciones	
Alfafetoproteína	Desplegable: Normal Patológico
Test de O'Sullivan	Desplegable: No Normal Patológico (no se realiza sob. con 100g) Patológico (posterior sob. con 100g normal)
Curva de glucemia	Desplegable: Normal Patológico
Hemograma	
Analítica de orina	
Amniocentesis genética	Desplegable: No Normal 46 XX Normal 46 XY Anormal
Amniocentesis genética (especificar)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN PUERPERAL

→ Valoración Puerperal	
Días transcurridos desde el parto	
Episiotomía	Desplegable: No Media Media lateral dcha. Media lateral izda.
Puerperio	Desplegable: Normal Patológico
Patológico (especificar)	
Involución uterina	Desplegable: Adecuada No adecuada
Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Estado de las mamas	
Observaciones	
→ Planificación familiar	
Planificación familiar	Desplegable: Si No
Método a seguir	Desplegable: Barrera (diafragma) Barrera (preservativo) Hormonal (implantes) Hormonal (intravaginal) Hormonal (oral) Hormonal (parches) Mecánico (DIU de cobre) Mecánico (DIU de progesterona) Mecánico (ligadura de trompas) Mecánico (oclusión tubárica- Essure) Ninguno
Caso interesante	Check
Interesante (especificar)	
Observaciones	

Este formulario tendrá acceso directo al formulario de constantes.

FORMULARIO
“MONITORIZACIÓN PRENATAL”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “MONITORIZACIÓN PRENATAL”

El objetivo de este documento es el registro de los datos necesarios para la evaluación del bienestar fetal. Estos datos los registran, normalmente, las matronas en la sala de monitores.

La información se recoge en los siguientes apartados:

Monitorización

Se registran bajo este epígrafe datos de la madre:

- **Datos generales en relación con la gestación:** Fecha de la última regla, fecha probable de parto...
- **Datos del momento de la monitorización:** Administración de fármacos para facilitar la maduración cervical (indicador “maduración”) o bien para inhibir las contracciones uterinas (indicador “tocolisis”). También la valoración de la dinámica uterina y si fue necesario realizar una “versión externa” para modificar la posición fetal.

También se recogen los parámetros del test de Schiffrin y de la prueba de Posse.

Criterio (Test) de Schiffrin¹: valoración del test basal

Se recoge la información necesaria para determinar el bienestar fetal según el Criterio de Schiffrin, que clasifica el resultado de los test basales en dos grupos: test basal reactivo y test basal no reactivo, con las siguientes características:

Características del patrón reactivo

- Línea de base de la FCF 120-160 latidos/minuto.
- Variabilidad: >6.
- Movimientos fetales: Presentes (>5 en 20’).
- Aceleraciones de la FCF: Presentes.
- Amplitud: > 15 latidos/minuto.
- Duración: >15 segundos

Características del patrón no reactivo

- Línea de base de la FCF 120-160 latidos/minuto.
- Variabilidad: >6.
- Movimientos fetales: Ausentes (< 5 en 20’).
- Aceleraciones de la FCF: Ausentes.
- Amplitud: <15 latidos/minuto.
- Duración: <15 segundos.

Prueba de Oxitocina (Prueba de Pose)

Se registra el resultado de esta prueba con la que se mide “la tolerancia fetal a las contracciones uterinas; es decir, la evaluación de la reserva respiratoria fetal, observando la respuesta de la FCF ante contracciones uterinas similares a las que la embarazada puede tener en el parto”¹

Los criterios de valoración que se han elegido para valorar esta prueba son los establecidos por la escuela americana:

- *Prueba positiva o patológica.* Aparecen en forma persistente deceleraciones tardías de la FCF con la mayoría de las contracciones uterinas, incluso si la frecuencia es menor de tres en diez minutos. Usualmente, pero no necesariamente, está asociada con una variabilidad de la FCF escasa y con ausencia de ascensos de la FCF con los movimientos fetales.
- *Prueba negativa o normal.* No aparecen deceleraciones tardías de la FCF con las contracciones uterinas. Usualmente, pero no necesariamente, se asocia con una buena variabilidad de la FCF y con presencia de ascensos de la FCF con los movimientos fetales.
- *Prueba sospechosa.* Aparecen algunas deceleraciones tardías de la FCF, pero no con todas las contracciones uterinas. La variabilidad de la FCF es normal o está disminuida y los ascensos de la FCF con los movimientos fetales pueden estar presentes.
- *Prueba con hiperestimulación uterina.* Las contracciones uterinas se inducen con una frecuencia menor de dos minutos o una duración mayor de 90 segundos, o hay hipertono uterino. Si en este caso no hay deceleraciones tardías, la prueba es interpretada como negativa, pero si hay deceleraciones tardías, la prueba no es interpretable debido a que el estrés es considerado excesivo, incluso cuando la reserva uteroplacentaria es normal.
- *Prueba insatisfactoria.* La calidad del registro no es suficiente para asegurar que no hay deceleraciones tardías, cuando la frecuencia de las contracciones uterinas es menor de tres en diez minutos, o cuando, tras dos horas de registro cardiotocográfico, no se han conseguido contracciones uterinas. Este resultado puede ser debido a diversas circunstancias como obesidad, polihidramnios, excesivos movimientos maternos o fetales e hipo fetal.

¹ Bibliografía: Control del bienestar fetal anteparto. Métodos biofísicos y bioquímicos. Gallo Vallejo, M.; Martínez Cuevas, M.; Santiago Blázquez, C.

INDICADORES DEL FORMULARIO MONITORIZACIÓN PRENATAL

→.Monitorización	
FUR	
Fecha probable de parto	Toma el valor de FUR
Edad gestacional	
Albuminuria	Desplegable: Negativo + ++ +++
Ayunas	Desplegable: Si No
Maduración	Desplegable: Propess Prepidil Cytotec
Tocolisis	Desplegable: Atosibán Ritodrine Otros
Otros (especificar)	
Dinámica uterina	Desplegable: Ausente Irregular Regular
Versión externa	Desplegable: Si No
→.Test de Schiffrin	
Línea de base FCF (latidos/minuto)	Desplegable: 120-160 <120 >160
Variabilidad (latidos/minuto)	Desplegable: >6 <6
Movimientos fetales	Desplegable: Presentes(>5 en 20') Ausentes(<5 en 20')
Aceleraciones FCF	Desplegable: Presentes Ausentes
Amplitud (latidos minuto)	Desplegable: >15 <15
Duración (latidos minuto)	Desplegable: >15 <15
Resultado	Desplegable: Reactivo No reactivo
Estimulación	Desplegable: Si No
Prueba de oxitocina (Prueba de Pose)	Desplegable: Negativo o normal Positiva o patológica Sospechosa Hiperestimulación uterina Insatisfactoria
Observaciones	

Accesos directos: Constantes, Catéteres

FORMULARIO “PARTOGRAMA”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PARTOGRAMA”

El objetivo del documento es la recogida de datos en relación al parto y también aquellos del Recién Nacido que han de formar parte de la historia de la madre. Estos datos pueden ser recogidos por matronas, ginecólogos, enfermeras de pediatría, pediatras.

Se utiliza en Sala de Partos.

Se organiza la información en cuatro pestañas. Tres de ellas recogen datos de las fases del parto; en la cuarta pestaña se volcarán los datos más relevantes de la gestación actual que ha ido recogiendo el ginecólogo en las visitas de la gestante durante el embarazo.

Pestaña dilatación

Se recogen datos en relación con:

- **Parto** (modo del comienzo del parto, hora de comienzo, plan de parto).
- **Tacto vaginal:** Comparte indicadores con “Valoración/exploración obstétrica” (maduración del cuello, los planos de Hodge, el resultado del test de Bishop, la presentación fetal¹), por lo que los últimos valores anotados en este registro se vuelcan al “Partograma”.
- **Bolsa:** Como en el caso anterior, si se han tomado datos en “Valoración/exploración obstétrica” (lo relativo al líquido amniótico (aspecto, cantidad) y a la integridad de la bolsa, se verán en este formulario)
- **Registro cardiotocográfico:** Se registran datos tanto de la monitorización materna (características de la monitorización, intensidad y duración de las contracciones) como de la fetal (características de la monitorización, normalidad o no del registro, pulsioximetría, realización de amniotomía, posición de la madre durante la prueba, intervenciones que se llevan a cabo para paliar el dolor...)
- **Otros datos:** Facultativo que interviene en el parto, si la paciente ha realizado o no micción.

1 Nota: En cuanto a la presentación se han especificado en el formulario las más habituales. La presentación puede ser:

- **Cefálica:** Según la actitud, la presentación cefálica puede ser occipucio, sincipucio o bregma, de frente y de cara.
- **Podálica:** Según la actitud tenemos nalgas puras o completas, nalgas impuras o incompletas y nalgas incompletas variedad pie o rodilla.
- **Compleja:** Resultado de una situación transversa u oblicua.

Según la relación del feto con la pelvis materna existen variedades de presentación. En el formulario se registrará a texto libre en el campo “presentación”.

Presentación cefálica de occipucio:

- **OP** (occipitopúbica)
- **OIIA** (occipitoilíaca izquierda anterior)
- **OIIP** (occipitoilíaca izquierda posterior)
- **OIIT** (occipitoilíaca izquierda transversa)
- **OS** (occipitosacra)
- **OIDA** (occipitoilíaca derecha anterior)
- **OIDP** (occipitoilíaca derecha posterior)
- **OIDT** (occipitoilíaca derecha transversa)

Presentación cefálica de sincipucio:

- **SIIA** (sincipitoilíaca izquierda anterior)
- **SIIP** (sincipitoilíaca izquierda posterior)
- **SIIT** (sincipitoilíaca izquierda transversa)
- **SIDA** (sincipitoilíaca derecha anterior)
- **SIDP** (sincipitoilíaca derecha posterior)
- **SIDT** (sincipitoilíaca derecha transversa)

Existe igual nomenclatura para las presentaciones cefálicas de frente y de cara, así como para las presentaciones podálicas.

Estas variedades de presentación se pueden llamar también posición porque ésta es la relación que guarda el dorso del feto con el abdomen materno, que es la misma que tiene respecto a la pelvis materna.

Pestaña expulsivo.

Recoge información en cuanto a:

- **Tipo de parto:** Eutócico, instrumental, cesárea, ...
- **Episiotomía:** Características.
- **Desgarros:** Tipo.

Pestaña alumbramiento.

En este apartado se recoge información tanto de la madre, como aquellos datos del RN que han de constar en la historia de ésta. **Aparecen subrayados en rojo aquellos que han de registrarse también en la historia del RN. Este registro debe hacerlo, tanto en la historia de la madre como en la del niño, la persona que recoge el dato** puesto que actualmente la aplicación SELENE no permite pasar datos de una a otra historia.

Datos de la madre:

- **Tipo de alumbramiento.**
- **Relativos a la placenta:** Características, peso, hemorragia, contracción del útero.

Datos del RN: Antropométricos (Sexo, peso, longitud...)

- **Test de Apgar.**
- **Datos del cordón:** pinzamiento, longitud, número de vasos, donación, anomalías...
- **Otros datos** en relación con la "Estrategia de Parto Natural": contacto piel con piel, lactancia materna precoz, ...

Pestaña Gestión Actual.

Se vuelcan datos de otros formularios que son de interés en el momento del parto, como los antecedentes obstétricos o los resultados de las analíticas.

INDICADORES DEL FORMULARIO PARTOGRAMA

INDICADORES DE LA PESTAÑA DILATACIÓN

→ Dilatación	
Comienzo del parto	Desplegable: Espontáneo Estimulación Inducción Cesárea
Hora de comienzo de las contracciones	
Hora de comienzo del parto	
Plan de parto	Desplegable: No Baja intervención Medicalizado
Maduración	Desplegable: Propess Prepidil Cytotec
Especificar número de dosis	
Inducción	Desplegable: RPM CIR Patología materna Gestación prolongada Otras causas
Otras causas: especificar	
Cesárea electiva	Multiselección: Una cesárea previa Dos o más cesáreas previas Presentación podálica Embarazo múltiple Placenta previa Alto riesgo Otras
Observaciones	
→ Tacto vaginal	
Dilatación (cm)	Desplegable: Valores de 0 a 10
Borramiento	Desplegable: 0% - 30% 40% - 50% 60% - 70% 80% - 100%
Consistencia	Desplegable: Blanda Dura Media
Posición	Desplegable: Posterior Media Centrado
Plano de Hodge	Desplegable: SES I II III IV
Test Bishop: Total	Fórmula

Presentación	Desplegable: Cefálica Podálica Hombro Otras
Otras (especificar)	
Posición fetal	
Observaciones	
→ Bolsa	
Estado de la bolsa	Desplegable: Integra Rota Dudosa
Aspecto del líquido amniótico	Desplegable: Claro Meconial + (Amarillento) Meconial ++(Verde) Meconial +++("Puré de guisantes") Sanguinolento No fluye líquido
Cantidad líquido amniótico	Desplegable: Escasa Abundante Normal
Rotura de bolsa	Desplegable: Espontánea prematura Espontánea precoz Espontánea tempestiva Artificial
Fecha de la rotura	Campo fecha
Hora de la rotura	Campo hora
Observaciones	
→ Registro cardiotocográfico	
Monitorización materna	Desplegable: No Externa continua Externa discontinua Interna
Observaciones monitorización materna	
Intensidad de contracciones	Desplegable: Leves Moderadas Fuertes
Contracciones en 10´	Desplegable: 1-2 3-5 >5
Monitorización fetal	Desplegable: No Externa continua Externa discontinua Interna
Registro fetal	Desplegable: Normal Alterado
Especificar alteración	Texto libre
pH intraparto	Número dos decimales
Pulsioximetría fetal (%)	Desplegable: 0-30 30-60 >60

Amnioinfusión	Desplegable: Si No
Posición materna	Desplegable: DLD DLI DS Sentada Deambulando Semi-Fowler
Manejo del dolor	Multiselección: Ducha Masaje Pelota Inyección rombo Michaelis Sedación Epidural
Observaciones	
→ Otros	
Vaciado de la vejiga	Desplegable: Micción espontánea Sondaje evacuador Sondaje permanente
Avisado	Multiselección: Anestésista Ginecólogo Pediatra
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA EXPULSIVO

→ Parto	
<u>Tipo de parto</u>	Multiselección: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea urgente Cesárea electiva Resolución distócica de hombros
Fecha de parto	Campo fecha
Hora de parto	Campo hora
Motivo de parto instrumental	Desplegable: RPBF Ayuda expulsivo Expulsivo prolongado Otro
Otro (especificar)	
Duración expulsivo (min)	Campo hora
Episiotomía	Desplegable: No Media Media lateral dcha. Media lateral izda.
Episiotomía previa	Desplegable: Si No
Desgarros	Multiselección: Periné íntegro Desgarro I Desgarro II Desgarro III Desgarro IV Desgarro cérvix
Sutura (especificar)	
Revisión vaginal	Desplegable: Si No
Tacto rectal	Desplegable: Si No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ALUMBRAMIENTO

→ Alumbramiento	
Hora	Campo hora
Tipo de alumbramiento	Desplegable: Espontáneo Credé Credé bajo anestesia Dirigido Extracción manual
Características de la placenta	Multiselección: Completa Incompleta Calcificada Cotiledón aberrante Otras

Otras especificar	
Peso de la placenta (gr)	
Membranas	Desplegable: Completas Incompletas Desgarradas
<u>Pinzamiento del cordón</u>	Desplegable: Inmediato Al minuto Entre 1 y 3 minutos Cuando deja de latir
<u>Nº de vasos del cordón</u>	Desplegable: 3 2
pH sangre de cordón	Número dos decimales
Inserción del cordón	Desplegable: Central Lateral Marginal Velamentosa
Longitud del cordón	Desplegable: Normal Corto Largo
Donación sangre de cordón	Desplegable: Si No
Anomalías del cordón	Multiselección: Circular reducible Circular no reducible Doble circular reducible Doble circular no reducible Triple circular Nudo verdadero Nudo falso Bandolera
Hemorragia	Desplegable: Escasa Normal Moderada Abundante
Contracción útero (Globo de seguridad)	Desplegable: Si No
Retirada de catéter epidural	Desplegable: Si No
Vaciado de la vejiga	Desplegable: Micción espontánea Sondaje evacuador Sondaje permanente
Observaciones	
➔ Recién nacido	
<u>Sexo</u>	Desplegable: Varón Mujer Indeterminado
<u>Peso al nacer (gr)</u>	
<u>Longitud al nacer (cm)</u>	
Anomalías aparentes	Desplegable: Si No
Especificar anomalías	

<u>Apgar 1 min</u>	Desplegable: Valores 0 a 10
<u>Apgar 5 min</u>	Desplegable: Valores 0 a 10
<u>Apgar 10 min</u>	Desplegable: Valores 0 a 10
<u>Reanimación</u>	Desplegable: No Si
Ingreso	Desplegable: No Pediatria/Neonatología Unidad de observación Traslado otro centro
<u>Contacto piel con piel</u>	Desplegable: Si No
<u>Lactancia materna precoz</u>	Desplegable: Si No
Muerte fetal	Desplegable: Anteparto Intraparto Postparto
Necropsia	Desplegable: Si No
Observaciones	
→ Recién nacido 2 y 3	
Igual 1	

Accesos directos a los formularios de Catéteres, Constantes, Sondas, Test de Apgar

INDICADORES DE LA PESTAÑA GESTACIÓN ACTUAL

→ Gestación actual	
FUR	
Edad gestacional	
Observaciones	
→ Antecedentes obstétricos	
Gestaciones (G)	Desplegable: GO a G9
Partos (P)	Desplegable: PO a P9
Cesáreas (C)	Desplegable: CO a C9
Abortos (A)	Desplegable: AO a A9
Vivos (V)	Desplegable: VO a V9
Muertos (M)	Desplegable: MO a M9
Antecedentes familiares	
Antecedentes personales	
Observaciones antecedentes obstétricos	
Grupo y Rh	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-

Coombs indirecto	Desplegable: Negativo Positivo
Observaciones	
→ Resultados analíticas	
S Toxoplasmosis	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado Posible seroconversión
S rubéola	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado
S anti-VIH	Desplegable: Negativo Positivo
Cultivos (SGB)	Desplegable: Positivo Negativo Desconocido No realizado
S Lúes	Desplegable: Negativo Positivo
S Hepatitis B	Desplegable: Positivo Negativo Dudoso No realizado
S Hepatitis B especificar	
Observaciones	

Este formulario tendrá acceso directo al de constantes.

FORMULARIO
“VALORACIÓN PUERPERAL”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN PUERPERAL”

El objetivo del documento es el registro de datos de la evolución física de la puérpera. Se utiliza en el puerperio inmediato, **durante la estancia de la puérpera en el hospital**. Anotan los datos las matronas y/o las enfermeras de obstetricia.

Se recogen datos de:

- **Parto:** Fecha, tipo...
- **Grupo y Rh:** De la madre y del RN.
- **Evolución física:** Episiotomía, involución uterina...
- **Tipo de lactancia.**

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN PUERPERAL

→ Dilatación	
Fecha de parto	
Hora del parto	
Edad gestacional	
Tipo de parto	Multiselección: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: fórceps Instrumental: espátula Cesárea urgente Cesárea electiva Resolución distócica de hombros
Grupo y Rh (Madre)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Grupo y Rh (RN 1)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Grupo y Rh (RN 2)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Grupo y Rh (RN 3)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Inmunización Anti-D	Desplegable: Si No
Lote (num)	
Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Episiotomía	Desplegable: No

	Media Media lateral derecha Media lateral izquierda
Desgarros	Multiselección: Periné íntegro Desgarro I Desgarro II Desgarro III Desgarro IV Desgarro cérvix
Involución uterina	Desplegable: Adecuada No adecuada
Loquios	Desplegable: Normales Patológicos
Loquios patológicos (especificar)	
Tolerancia	Desplegable: Si No No procede
Micción espontánea	Desplegable: Si No
1ª Deposición	Desplegable: Si No
Observaciones	

Acceso directo a los formularios de heridas quirúrgicas, catéteres y constantes.

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LA MADRE Y DEL RN EN SALA DE PARTOS

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS

Se estandarizan en este protocolo las intervenciones que, como mínimo, han de llevarse a cabo tanto para el cuidado de la mujer como del Recién nacido en la sala de partos.

CUIDADOS DE LA MADRE

5270 APOYO EMOCIONAL

Definición:

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

1400 MANEJO DEL DOLOR

Definición:

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.

6772 MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA: DURANTE EL PARTO

Definición:

Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.

Actividades:

- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Asegurarse de los signos de frecuencias cardíacas normales, incluyendo características típicas como artefacto, pérdida de la señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.
- Interpretar la tira cuando ya se han obtenido al menos 10 minutos de trazado de la frecuencia cardíaca fetal y las señales de actividad uterina.
- Registrar los cuidados relevantes durante el parto (exámenes, administración de medicamentos y signos vitales maternos) directamente en la tira de monitorización, si procede.
- Retirar los monitores electrónicos, si es necesario caminar, después de verificar que el trazado es normal (con seguridad).
- Utilizar monitorización fetal intermitente o de telemetría, según disponibilidad, para facilitar la deambulación y comodidad maternas.
- Verificar las frecuencias materna y fetal antes de iniciar la monitorización fetal electrónica

6930 CUIDADOS POSTPARTO

Definición:

Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente.

Actividades:

- Controlar signos vitales.
- Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- Masajear suavemente el fundus si es necesario.
- Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme.
- Poner al bebé contra el pecho para estimular la producción de oxitocina.
- Vigilar es estado de episiotomía para ver si hay enrojecimiento,, edema, equimosis, supuración y aproximación.
- Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación..

3620 SUTURA

Definición:

Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.

Actividades:

- Identificar las alergias a anestésicos, esparadrapo, povidona y/u otras soluciones tópicas.
- Utilizar una técnica estéril.
- Administrar un anestésico tópico o inyectable en la zona, si procede.
- Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.
- Determinar el método de sutura (continuo o interrumpido) más adecuado para la herida.
- Fijar la línea de sutura con nudos adecuados.
- Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluyendo los signos y síntomas de infección.

1054 AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

Definición:

Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

Actividades

- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.
- Facilitar la comodidad y la intimidad de los primeros intentos de dar el pecho.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar a los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
- Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

6880 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Definición:

Actuaciones con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina.

Actividades:

- Limpiar las vías aéreas de mucosidades inmediatamente después del nacimiento.
- Pesar y medir al recién nacido.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador si es necesario.
- Colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento, si procede.
- Observar/evaluar el reflejo de succión durante la alimentación.
- Dar un primer baño al bebé después de que la temperatura se haya estabilizado.
- Coger o tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
- Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.
- Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.
- Limpiar el cordón umbilical con el preparado prescrito.
- Mantener el cordón umbilical seco y al aire, poniendo el pañal por debajo del cordón.
- Proteger al recién nacido frente a las fuentes de infección del ambiente hospitalario.
- Comprobar el buen estado del bebé antes de administran los cuidados.
- Mantener contacto visual y hablar al bebé mientras se le administran los cuidados.

6890 MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Definición:

Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante las primeras 24 horas del nacimiento.

Actividades:

- Realizar el test de Apgar al primer minuto y a los 5 después del parto.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio, taquipnea, aleteo nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores.
- Observar el color del recién nacido.
- Observar si hay signos de hiperbilirrubinemia.
- Observar la primera alimentación del recién nacido.
- Observar hipoglucemia y anomalías, en caso de que la madre padezca diabetes.
- Registrar la primera deposición y el primer movimiento intestinal del recién nacido.

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO SANO

FORMULARIO
“VALORACIÓN INICIAL
DEL RECIÉN NACIDO”

FORMULARIO DE REGISTRO “VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO”

En este formulario se registra la información en relación con la valoración del Recién Nacido inmediatamente después del nacimiento. Comienza por tanto a introducirse información en la sala de partos. Los datos los introduce la matrona o la enfermera de pediatría.

Se organiza este registro en dos pestañas:

Pestaña Valoración Inicial

Parte de la información que consta en este registro, ha de registrarse también en el partograma, en la pestaña alumbramiento, puesto que es interesante que conste también en la Historia Clínica de la Madre. Se han subrayado en rojo estos indicadores.

- **Datos generales** en relación al momento del parto, datos antropométricos, test de Apgar, datos necesarios para obtener alguno de los indicadores de la estrategia de atención al parto.
- **Información sobre la reanimación**, si ha sido necesaria.
- **Otros datos** como si ha efectuado micción o expulsado meconio.

Pestaña Protocolo del Recién Nacido

Se deja constancia de que cada una de las actividades de este protocolo ha sido realizada.

Nota: Aparecen subrayados en rojo aquellos que han de registrarse también en la historia de la madre. Este registro debe hacerlo, tanto en la historia de la madre como en la del niño, la persona que recoge el dato puesto que actualmente la aplicación SELENE no permite pasar datos de una a otra historia.

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN

→ Datos generales	
Fecha de nacimiento	
Hora del nacimiento	
<u>Semanas de gestación</u>	
<u>Tipo de parto</u>	Multiselección: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: fórceps Instrumental: espátula Cesárea urgente Cesárea electiva Resolución distócica de hombros
<u>Tiempo de bolsa rota</u>	
<u>Sexo</u>	
<u>Peso al nacer(gr)</u>	
<u>Longitud (cm)</u>	
<u>Perímetro cefálico (cm)</u>	
<u>Perímetro torácico (cm)</u>	
<u>Perímetro abdominal (cm)</u>	
<u>Apgar 1m</u>	Desplegable de 0 a 10
<u>Apgar 5m</u>	Desplegable de 0 a 10
<u>Apgar 10m</u>	Desplegable de 0 a 10
<u>Llanto</u>	Multiselección: Inmediato Tardío Vigoroso Débil Nulo Otros
<u>Otros especificar</u>	
<u>Anomalías aparentes</u>	Desplegable: Si No
<u>Especificar anomalías</u>	
<u>Pinzamiento del cordón</u>	Desplegable: Inmediato Al minuto Entre 1 y 3 minutos Cuando deja de latir
<u>Nº de vasos del cordón</u>	
<u>Contacto piel con piel</u>	Desplegable: Si No
<u>Tiempo de contacto piel con piel (min)</u>	
<u>Inicio de lactancia materna</u>	Desplegable: No Precoz
<u>Observaciones</u>	

→ Reanimación	
Reanimación	Multiselección: No Aspiración de secreciones O ₂ flujo libre O ₂ Presión positiva O ₂ Intubación Masaje cardíaco
Duración total reanimación (min)	
Medicación	
Observaciones	
→ Otros	
1ª Micción	Desplegable: Si No
1ª Expulsión de meconio	Desplegable: Si No

Acceso directo al Test de Apgar.

INDICADORES DE LA PESTAÑA PROTOCOLO DEL RN

Protocolo RN	
Permeabilidad de coanas	Desplegable: Derecha Izquierda Ambas Ninguna No realizado
Permeabilidad esófago	Desplegable: Si No
Permeabilidad ano	Desplegable: Si No
Paladar ojival	Desplegable: Si No
Vit k 1 mg	Desplegable: Si No
Administrado en muslo	Desplegable: Derecho Izquierdo
Profilaxis ocular	Desplegable: Si No
Profilaxis umbilical	Desplegable: Si No
Observaciones	

FORMULARIO
“CONTROL DEL RECIÉN NACIDO SANO”

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “CONTROL DEL RN SANO”

Se recogen en este formulario la información necesaria para el seguimiento de la evolución del Recién Nacido sano. La mayoría de datos han de registrarse diariamente.

Los datos se han organizado pestañas que recogen la siguiente información:

- **Datos generales:** Antecedentes en relación al parto, grupo y Rh
- **Somatometría:** Talla, peso, perímetros...
- **Alimentación:** Tipo de lactancia e ingesta en cada toma.
- **Eliminación:** Diuresis, aspecto de las heces, presencia de regurgitaciones o vómitos y aspecto de los mismos.
- **Piel y mucosas:** Estado de hidratación y coloración.
- **Pruebas:** Resultados de determinadas analíticas.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL RN SANO

INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES

→ Datos generales	
Fecha de nacimiento	
Hora de nacimiento	
Semanas de gestación	
Sexo RN	Desplegable: Hombre Mujer Indeterminado
Grupo y Rh (madre)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Grupo y Rh (RN)	Desplegable: A+ A- AB+ AB- B+ B- O+ O-
Tipo de parto	Desplegable:: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: fórceps Instrumental: espátula Cesárea urgente Cesárea electiva Resolución distócica de hombros
Procedencia	Desplegable: Partos Quirófano Unidad de observación del RN/Neo Otros
Otros (especificar)	
Pulsera identificativa	Check
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA SOMATOMETRÍA

→ Somatometría	
Peso	
Longitud	
Perímetro cefálico	
Perímetro torácico	
Perímetro abdominal	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN

→ Alimentación	
Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Frecuencia de las tomas	Desplegable: 2 horas 3 horas 4 horas Otra
Otra especificar	
Cantidad ofrecida (cc)	
Cantidad aceptada (cc)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN

→ Eliminación	
1ª micción	Desplegable: Si No
Micciones (nº)	
1ª Expulsión de meconio	Desplegable: Si No
Tipo de deposiciones	Multiselección: Meconio Transición Normal Blanda Diarrea Con sangre
Deposiciones (nº)	
Observaciones	
Regurgitaciones	Desplegable: Si No
Número	
Vómitos	Desplegable: No Flemas Alimenticio Biliar Hematemesis Posos de café
Número	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA PIEL Y MUCOSAS

→ Piel y mucosas	
Aseo	Desplegable: Si No
Piel hidratada	Desplegable: Si No
Mucosas hidratadas	Desplegable: Si No
Coloración de la piel	Desplegable: Normal Ictérico

	Pletórico Otros
Otros especificar	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA PRUEBAS

→Pruebas	
Bilirrubina cutánea (mgr/ml)	
Bilirrubina en sangre (mgr/ml)	
Vacuna VHB	Desplegable: Si No
Lote vacuna Hep.B	
Gamma-G anti-Hepatitis B	Desplegable: Si No
Lote gammaglobulina	
Hipotiriodismo	Desplegable: Si No
Fenilcetonuria	Desplegable: Si No
Paso otoemisión	Desplegable: Si No
Fecha otoemisión	
Observaciones	

Acceso a formularios de constantes y control glucémico.

FORMULARIO
“OBSERVACIONES DE LACTANCIA
MATERNA”

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “LACTANCIA MATERNA”

Se recogen en este formulario los signos que ayudarán a la enfermera a determinar si la lactancia es eficaz o no y sus causas.

Se ha realizado según las recomendaciones del Manual Práctico de Lactancia Materna, 2ª edición, de Carlos González, editado por ACPAM, (Asociación Catalana Pro Alletament Matern).

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA

INDICADORES DE LA PESTAÑA SIGNOS DE NORMALIDAD

→ Signos de normalidad	
Pecho	Desplegable: Derecho Izquierdo Ambos
Hora de inicio de la toma	
Hora de finalización de la toma	
Posición N	Multiselección: Madre relajada y cómoda Bebé muy junto y bien encarado Cabeza y cuerpo del bebé alineados El mentón toca el pecho Bebé bien sujeto por detrás
Respuesta N	Multiselección: Busca el pecho si tiene hambre Movimientos de búsqueda Explora el pecho con la lengua Mama tranquilo y despierto Se mantiene al pecho Signos de eyección de la leche
Vínculo afectivo N	Multiselección: Abrazo seguro y confiado La madre le mira a la cara La madre le acaricia
Anatomía N	Multiselección: Pechos blandos después de la toma Pezones salientes, protáctiles Piel de aspecto sano Pecho redondeado durante la toma
Succión N	Multiselección: Boca muy abierta Labio inferior doblado hacia afuera La lengua rodea al pecho Mejillas redondeadas Succión lenta y profunda con pausas Más areola por encima de la lengua Se ve y oye cómo traga
Duración N	Multiselección: Suelta el pecho espontáneamente
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA SIGNOS DE ANORMALIDAD

→ Signos de anormalidad	
Posición A	Multiselección: Hombros tensos, inclinados sobre el bebé Bebé separado de la madre El bebé ha de torcer o doblar el cuello El bebé no toca el pecho Solo sujeta el hombro o la cabeza
Respuesta A	Multiselección: El bebé no responde al pecho No hay reflejo de búsqueda No muestra interés por el pecho Bebé inquieto o lloroso Se le escapa el pecho No se observan signos de eyección de la leche

Vínculo afectivo A	Multiselección: Abrazo nervioso o flojo No hay contacto visual entre ambos Apenas le toca o le sacude y atosiga
Anatomía A	Multiselección: Pezones ingurgitados Pezones planos o invertidos Piel irritada o agrietada Pecho estirado
Succión A	Multiselección: Boca poco abierta Labio inferior doblado hacia adentro No se ve la lengua Mejillas tensas o hundidas Chupadas rápidas Más areola por debajo de la lengua Se oyen chasquidos
Duración A	Multiselección: La madre lo retira del pecho
Observaciones	

BORRADOR

PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Se estandarizan en este protocolo las intervenciones que, como mínimo, han de llevarse a cabo para el cuidado del Recién Nacido.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Los cuidados del Recién Nacido se inician en el momento del nacimiento en la Sala de Partos. Cuando el niño pasa a la Unidad de Hospitalización se continúa con estos cuidados: Monitorización del Recién Nacido y Cuidados del Recién Nacido. Se han añadido a éstas "Alimentación por biberón". Se seleccionará en cada caso ésta o "Ayuda en la lactancia materna", según sea el tipo de lactancia del niño.

Respecto a la "Monitorización del RN" parte de las actividades se han realizado en Sala de Partos. Las de vigilancia se seguirán realizando en la unidad de hospitalización durante las primeras 24 horas.

6890 MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Definición:

Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante **las primeras 24 horas** del nacimiento.

Actividades:

- Realizar el test de Apgar al primer minuto y a los 5 después del parto.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio, taquipnea, aleteo nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores.
- Observar el color del recién nacido.
- Observar si hay signos de hiperbilirrubinemia.
- Observar la primera alimentación del recién nacido.
- Observar hipoglucemia y anomalías, en caso de que la madre padezca diabetes.
- Registrar la primera deposición y el primer movimiento intestinal del recién nacido.

6880 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Definición:

Actuaciones con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina.

Actividades:

- Limpiar las vías aéreas de mucosidades inmediatamente después del nacimiento.
- Pesar y medir al recién nacido.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador si es necesario.
- Colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento, si procede.
- Observar/evaluar el reflejo de succión durante la alimentación.
- Dar un primer baño al bebé después de que la temperatura se haya estabilizado.
- Coger o tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
- Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.
- Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.
- Limpiar el cordón umbilical con el preparado prescrito.
- Mantener el cordón umbilical seco y al aire poniendo el pañal por debajo del cordón.
- Proteger al recién nacido frente a las fuentes de infección del ambiente hospitalario.
- Comprobar el buen estado del bebé antes de administran los cuidados.
- Mantener contacto visual y hablar al bebé mientras se le administran los cuidados.

1054 AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

Definición:

Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

Actividades:

- Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.

- Facilitar la comodidad y la intimidad de los primeros intentos de dar el pecho.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar a los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.
- Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.
- Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.

1052 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN

Definición:

Preparación y administración de biberones.

Actividades:

- Colocar al bebe en posición semi–Fowler durante la alimentación.
- Hacer eructar al bebé frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.
- Aumentar la capacidad de alerta del bebé aflojando sus ropas,, acariciando sus manos y pies y hablándole.
- Proporcionar apoyo a la barbilla para disminuir la pérdida de la fórmula y mejorar el cierre de los labios.
- Controlar la toma de alimento.
- Instruir a la madre/padre o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- Instruir a la madre/padre o cuidador acerca de la dilución correcta de la fórmula concentrada.
- Instruir a la madre/padre sobre el almacenamiento correcto de la fórmula.

OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA

Se añade a estas intervenciones este cuidado, al que se vincula el formulario del mismo nombre que ha de cumplimentarse cada 24 horas.

DOCUMENTACIÓN DEL
PROCESO DE CUIDADOS DEL
NIÑO HOSPITALIZADO.
EDAD 0 A 24 MESES

**DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.
EDAD 0 A 24 MESES: INTRODUCCIÓN**

BORRADOR

FORMULARIO
“VALORACIÓN ENFERMERA
PEDIÁTRICA:
NIÑOS 0-24 MESES”

FORMULARIO “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES”

La Valoración es la etapa inicial del Proceso de Atención de Enfermería. Es la base de todas las siguientes y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona.

Dentro del proyecto de Implantación de Metodología Enfermera, el “Grupo Valoración” (compuesto por un enfermero experto de cada hospital) ha elaborado esta “Valoración enfermera pediátrica 0-24 meses” por el método de consenso y habiendo consultado a enfermeros expertos de todos los hospitales en los que hay Servicio de Pediatría. El “Grupo cuidados madre-niño”, ha validado los dos modelos de Valoración Enfermera Pediátrica:

- Valoración Enfermera Pediátrica niños 0-24 meses.
- Valoración Enfermera Pediátrica niños 2-14 años.

Estos registros parten de la “Valoración general al ingreso del paciente” y para diseñarlos se ha seguido la misma metodología.

La “Valoración enfermera al ingreso del paciente” ha sido pilotada en todos los hospitales de Asturias por 147 enfermeros en 845 pacientes. Se ha recogido, mediante encuesta, la opinión de estos profesionales en cuanto a la factibilidad de este modelo de Valoración, para lo que se ha evaluado:

- La claridad del formato.
- La claridad del contenido.
- El tiempo de cumplimentación.

Y las ventajas que puede proporcionar el formato, para lo cual se ha valorado:

- Si facilita la visión integral del paciente.
- Si facilita el Diagnóstico Enfermero.
- Si recoge datos útiles para otros profesionales.

Del análisis de datos obtenidos se concluye que se ha diseñado una herramienta válida y ampliamente aceptada ya que los profesionales manifestaron que la consideran necesaria, que les facilita la visión global de paciente, que les facilita el diagnóstico de enfermería, que tienen capacidad para llevarla a cabo y que aporta valor añadido, ya que recoge datos útiles para otros profesionales.

Se ha revisado, de acuerdo con los resultados obtenidos, el documento inicial y se han introducido aquellas sugerencias de las enfermeras que no entran en conflicto con los criterios que se determinaron para el diseño de la nueva herramienta de Valoración, que fueron los siguientes:

- Que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería ayudando a los profesionales a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud. En lo relativo a los niños de 0-24 meses se contemplan sólo aspectos físicos por entender que éstos son los únicos valorables por los enfermeros y sobre los que tenemos capacidad de intervención. Sí se tienen en cuenta aspectos emocionales, socioculturales y espirituales de los padres o tutores porque entendemos que junto con el niño éstos constituyen el sujeto de cuidados.
- Que facilite el Diagnóstico Enfermero, para lo cual se ha hecho un análisis de los diagnósticos de enfermería que se están utilizando en Atención Especializada en Asturias y se han seleccionado los que con más frecuencia presentan los pacientes al ingreso, así como los que suelen presentar durante el mismo, se han analizado los síntomas y signos (Características Definitorias) de cada uno de ellos y las causas más frecuentes (Factores Relacionados) y se han diseñado las preguntas que los identifican.
- Que no recoja menos información que la hoja actual de cada centro; para ello se han analizado las que se están utilizando en los distintos Hospitales y se ha determinado los aspectos relacionados con la salud que

se vienen recogiendo en ellas. Estos puntos se hacen constar en la nueva Hoja de Valoración.

- Que se ajuste a las normas exigidas por "Joint Comission International".

Incluye la escala Braden-Q para la valoración del riesgo de UPP en niños menores de 5 años. Esta escala está validada y en la actualidad su traducción al español está en proceso de validación.

- Que identifique el riesgo social, para su posible derivación a la trabajadora social, intervención que habitualmente vienen haciendo las enfermeras.
- Que el registro, en formato papel, no exceda de dos folios.

Las guías para la cumplimentación de estos dos modelos de valoraciones constan en los siguientes anexos:

Guía para la cumplimentación de la Valoración Enfermera Pediátrica niños 0-24 meses: Anexo 1

Guía para la cumplimentación de la Valoración Enfermera Pediátrica niños 2-14 años: Anexo 2

BORRADOR

INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 1-2-3

Motivo ingreso	
Procedencia	
Diagnóstico médico	
→ Datos generales	
Colocar-Comprobar pulsera de identificación	Check
Documentación al ingreso	Check
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Check
Valoración Enfermería 2º parte	Desplegable: Pendiente (muestra este campo por defecto).
Alergias conocidas	Desplegable: Si No
Dificultad para comunicarse	Multiselección: No Al hablar Al ver Al oír
Observaciones	
→ D-1. Promoción de la salud	
Cumplimiento del régimen terapéutico	Multiselección: Si No farmacológico No revisiones No ejercicio No dieta
Responsable del tratamiento	
Déficit de conocimientos	Multiselección: Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones
Compl. reg. terapéutico	Multiselección: Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones
Vacunación completa	Desplegable: Si No Negación de los padres
Observaciones	
→ D-2. Nutrición	
Dieta habitual	
Intolerancias alimentarias	Desplegable: Si No
Intolerancias (especificar)	
Peso (kg)	
Talla (cm)	
Alteración del apetito	Desplegable: No Aumentado Disminuido
Desde	

Lo atribuye a:	
Dieta adecuada para la edad	Desplegable: Si No
Especificar:	
Dieta prescrita	Multiselección: Absoluta Oral Enteral Parenteral
Vómitos-Náuseas	Desplegable: Si No
Desde	
Regurgitaciones	Desplegable: Si No
Succión efectiva	Desplegable: Si No
Piel y mucosas	Multiselección: Hidratadas Secas Edemas
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
Problemas al orinar	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Especificar	
Hábito intestinal (cada x días)	Numérico entero
Utiliza medidas	Desplegable: Si No
Especificar	
Control esfínter anal	Desplegable: Si No No procede
Control esfínter urinario	Desplegable: Si No No procede
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 4-7-10

→ D-4. Actividad-Reposo	
¿Duerme bien?	Desplegable: Si No
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Si No
Especificar	
Dificultad respiratoria	Multiselección: No Aleteo nasal Cianosis Disnea de esfuerzo Disnea en reposo
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quien vive	

Cuidador principal	
Dificultades para mantener el contacto padres-hijo	Desplegable: Si No
Especificar	
Lactancia materna	Desplegable: Si No
Dificultades para la lactancia materna	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones	
→ D-10. Principios vitales	
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Si No
Especificar	
Datos recogidos del	Desplegable: Tutor Otro
Especificar	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 11-12-13

→ D.11. Seguridad y protección	
Sonda vesical	Desplegable: Si No
Vía venosa	Desplegable: Si No
Herida quirúrgica	
Drenajes	
Observaciones	
→ D.11. Escala de Braden-Q	
Resultado	Indicador resultado de E. Braden-Q
Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
→ D.11. Seguridad–continuación	
Piel íntegra	Desplegable: Si No
Riesgo de aspiración	Desplegable: Si No
Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares	Multiselección: No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
Incapacidad para eliminar secreciones	Multiselección: No Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor
Temperatura	Desplegable: <36 >38

Observaciones	
→ D.12. Confort	
Tiene dolor y-malestar	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Valoración del dolor	Resultado escala de NIPS
Localización del dolor	Multiselección: Bucal Cabeza Cervical Espalda Extremidad inferior Extremidad superior Garganta y oído Tórax Zona abdominal Zona genital Zona Lumbar
Medidas que utiliza para paliarlo	
Náuseas	Desplegable: Si No
Las atribuye a	
Observaciones	
→ D.13. Crecimiento-Desarrollo	
Se percibe algún tipo de discapacidad	Desplegable: Si No
La familia ha percibido algún tipo de discapacidad	Desplegable: Si No
Observaciones	
Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

Accesos directos a formularios de Constantes, Sondas y Vías.

INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 0-24 MESES SEGUNDA PARTE

INDICADORES DE LAS PESTAÑAS DOMINIOS 7-9

→ D-7. Rol-Relaciones	
Apoyo familiar	Desplegable: Bueno Relativo Rechazo No hay familia No se puede recoger el dato
Conflicto en el funcionamiento y/o relaciones de la familia	Desplegable: Si No Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del niño
Dificultad para el cuidado del niño	Desplegable: Si No
Problemas de salud del cuidador	Desplegable: No Física Emocional No se puede recoger el dato
Observaciones	

→ D-9. Afrontamiento/tolerancia al estrés	
Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud	Desplegable: No Física Funcional Social No se puede recoger el dato
Duelo	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Expresa sentimientos de:	Multiselección: Negación Ira Depresión Pacto Aceptación No se puede recoger el dato
Lo atribuye a	
¿Expresa o se observan conductas-recursos para afrontar su situación?	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Observaciones:	

**GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN
DE LA VALORACIÓN ENFERMERA
PEDIÁTRICA: NIÑOS 0- 24 MESES**



GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 0-24 MESES”

Han de cumplimentarse **todos los valores** del registro puesto que **la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad**. Si no puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del Dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- ♦ Se trata de un de un registro semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- ♦ Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para las enfermeras y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- ♦ Recoge datos de la salud del niño (sólo objetivos) y de la de los padres/tutores (tanto objetivos como subjetivos) orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados. En algunas situaciones, los padres/tutores también serán sujeto de dichos cuidados.
- ♦ La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- ♦ Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

Una vez cumplimentada la valoración, **la aplicación informática ofrecerá una serie de diagnósticos que se derivan de ella y el enfermero tendrá que seleccionar aquellos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.**

- ♦ La Valoración debe hacerse en las primeras 24 horas del ingreso. Sin embargo, algunos aspectos como las relaciones familiares y la valoración del cuidador principal, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre la enfermera y el paciente.

El juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente, entendiendo como paciente en este caso a los padres o al tutor, y las preguntas concretas que hará la enfermera se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

Estos aspectos se cumplimentarán al cuarto día de ingreso del paciente.

En la primera parte de la Valoración consta un indicador que al seleccionarlo hace que se planifique por defecto una tarea en la agenda de la enfermera para facilitar la cumplimentación de esta segunda parte de la Valoración.

Valoración Enfermería 2ª parte

Desplegable: Pendiente (muestra este campo por defecto).

Si después del día planificado sigue habiendo circunstancias que aconsejen aplazar la valoración de estos puntos, se registrará una nueva fecha, explicando en Observaciones de Enfermería el criterio que aconseja esta decisión.

Si no pueden recogerse estos datos se comentará en Observaciones de Enfermería la situación del paciente que impide cumplimentarla.

Es imprescindible que estos valores se cumplimenten, puesto que son los que dan más valor añadido a la Valoración Enfermera.

- ♦ Finaliza recogiendo la opinión de los padres o el tutor sobre lo que para ellos es más importante e identificando a la persona de la que se recogen los datos (madre, abuelo, tutor, ...), el nombre y apellidos de la enfermera que la cumplimenta, la fecha y la firma.

BORRADOR

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS. ENTREVISTA

La recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante los siguientes métodos:

- Entrevista.
- Exploración física.
- Observación.
- Escalas y cuestionarios.

Este formato estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un formulario a rellenar; pretende ser una guía que ayude a la enfermera en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud de la persona para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos pueden ser los padres/tutores o personas de su entorno.

La entrevista debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible.

Hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con los padres/tutores; por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial; las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se considerará tanto las respuestas verbales como las no verbales de la persona y la coherencia entre ambas.

Al comenzar, se llamará a la persona de la que se recogen los datos por su nombre, si es posible haciendo referencia al del niño, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que decida.

El registro consta de los siguientes apartados:

Ingreso actual: En "*Motivo*" se hará constar la razón por la que la persona a la que se le está haciendo la entrevista dice que ha traído al niño al hospital (fiebre, accidente, para operarse...); en "*Diagnóstico médico*" se registrará el que se le hace al paciente al ingreso; en cuanto a la "*Procedencia*" se reflejará de dónde viene: domicilio, urgencias, otra unidad, otro hospital, etc.

Datos generales: Se confirmará con un check en la casilla correspondiente, que tiene colocada la pulsera de identificación, que se ha entregado la documentación escrita pertinente (en aquellos centros que así lo tienen establecido) y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.

Se dejará constancia de si se observa, o la familia informa, alguna dificultad para comunicarse.

Se registrará también si el niño tiene alguna alergia conocida o no. En el primer caso se informará la alergia si aún no se ha hecho.

Se registrarán en observaciones los efectos personales entregados en custodia al Hospital y/o a su responsable directo (trabajadora social, seguridad, enfermera...)

Exploración de los Dominios: El resto de información se organiza en distintas pestañas que ordenan la información, como ya se comentó, según los Dominios de la Taxonomía NANDA II.

EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la salud. Se valora cómo cuida su salud la persona.

Si el niño tiene algún tipo de régimen terapéutico (farmacológico, ejercicio, dieta o revisiones médicas o de enfermería) se señalará su cumplimiento o no, así como si no tiene ningún régimen terapéutico.

En “*Responsable del tratamiento*” se dejará constancia de la persona concreta encargada de administrárselo (madre, abuelo...).

Se especificará después la causa del incumplimiento (Déficit de Conocimientos o Complejidad del Régimen Terapéutico) seleccionando los indicadores correspondientes.

En “*Vacunación*” se dejará constancia de si ha cumplido el calendario vacunal o de si los padres no están de acuerdo en que el niño se vacune.

Dominio 2: Nutrición. Se valora si la ingestión de nutrientes es adecuada para la persona y los problemas que puede tener ésta para realizar esta función.

En “*Dieta habitual*” se hará constar lo que come habitualmente el niño. Se especificará también si existen restricciones dietéticas. Asimismo se reseñarán las preferencias del niño.

Los criterios “*bajo peso, normo peso, sobre peso y obesidad*” se deducirán del IMC, cuya fórmula es: $[\text{Peso (kg)}] / [\text{altura (m)}]^2$ y se hará constar en la Valoración de aquellos niños en la que este dato sea relevante.

En “*Dieta adecuada para la edad*”, el enfermero hará constar si la dieta que habitualmente toma el niño es la adecuada para la edad en cuanto a nutrientes y textura especificando, en caso de que no lo sea, en qué es incorrecta.

En “*Dieta prescrita*” debe recogerse la que se le ha de administrar en el hospital.

Si el paciente tiene suplementos nutricionales, han de especificarse en observaciones.

De la presencia de “*Vómitos/náuseas*” debe valorarse su repercusión sobre la nutrición.

El estado de hidratación de la piel y las mucosas son datos que valoran la adecuada captación y absorción de líquidos.

Dominio 3: Eliminación. Se valoran los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación.

Se determinará qué tipo de problema tiene el niño para orinar o si se trata de un dato que no puede recogerse en el momento de la valoración.

“*El hábito intestinal*” se refiere al que mantiene el niño en su domicilio. Si utiliza algún tipo de medida para mantener un hábito regular, se especificará.

Dominio 4: Actividad/reposo. Se valoran las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía (moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño.

En el punto “*Duerme bien*” se reseñará la percepción de los padres/tutores.

En “*Utiliza ayuda para dormir*”, si se señala **SI**, se dejará constancia de en qué consiste esta ayuda (infusiones, dedo, chupete, objeto de transferencia...)

Dominio 7: Rol-relaciones. Se valora el papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad.

El sujeto de cuidados en los problemas valorados en este dominio, son los padres/tutores.

En “*Dificultades para mantener el contacto padres/hijos*” si se selecciona **SI**, se especificará en qué consisten las dificultades: aparatos, incubadora, aislamiento...

En el punto “Cuidador principal” se anotará el nombre de éste y el parentesco con el niño.

En "Valoración cuidador principal" se reseñarán las dificultades de éste para el cuidado del niño y la necesidad de ayuda de la trabajadora social.

En los Diagnósticos Enfermeros asociados a este dominio se hace referencia a la Complicación Potencial *Riesgo Social* para identificar estas situaciones o cualquier otra en la que se precise la intervención de la trabajadora social.

Dominio 10: Principios vitales. Se valoran aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para los padres/tutores del niño.

Es importante también registrar de quién se recoge esta información.

Dominio 11. Seguridad. Se valoran aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario.

El riesgo de desarrollar úlceras por presión se valorará con la escala Braden-Q, que se describe en el Anexo A.

En el campo reservado para los Diagnósticos de Enfermería consta también una Complicación Potencial: Convulsiones. En caso de que el niño esté en riesgo de padecerlas ha de planificarse la vigilancia correspondiente en el plan de cuidados.

Dominio 12: Confort. Se valoran las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico.

El nivel de dolor se valorará según las siguientes escalas, que se describen en el Anexo B:

NIP: Escala para medir el dolor agudo en el recién nacidos.

BPS: Puntuación del dolor según la conducta para recién nacidos a término en el periodo postoperatorio.

PIPP: Perfil del dolor en recién nacidos para prematuros y a término ingresados en UCIN ("*PIPP*")

LLANTO: Escala observacional para medir el dolor agudo en niños de 1 mes a 6 años.

Dominio 13: Crecimiento-desarrollo. No se están utilizando Diagnósticos Enfermeros relacionados con este dominio.

Se registrará no obstante si el enfermero percibe algún tipo de discapacidad o si la familia ha percibido algún tipo de discapacidad.

Como resumen final de la Valoración Enfermera se termina con las preguntas, a la persona a la que se está haciendo la entrevista, "*¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?*" y "*De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?*". A continuación, el enfermero se despedirá del paciente quedando a su disposición.

CAMPOS OBLIGATORIOS

La elaboración del “Registro de Valoración del Paciente al Ingreso” se diseñó de forma que incluyese únicamente los criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad. Es evidente por tanto que para cumplir con éste estándar de calidad ha de cumplimentarse el registro completo.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos “campos obligatorios”. La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para proporcionar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

En un principio, se habían propuesto como criterios para determinar qué campos serían “campos obligatorios” los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Pretendiendo incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
2. La seguridad del paciente. Incluyendo como “campos obligatorios” todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
3. La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la Joint Commission.
4. Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Así pues **los puntos que se han determinado como obligatorios** son los siguientes:

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 1

- Cumplimiento del régimen terapéutico.

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Vómitos y náuseas (Criterio 4)
- Piel y mucosas – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)

Dominio 3:

- Problemas al orinar ((Criterio 4)
- Control de esfínteres – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- ((Criterio 2)

Dominio 4:

- Dificultad respiratoria (Criterio 4)

Dominio 10:

- Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante su hospitalización (Criterio 4)

Dominio 11:

- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2, 3)
- Vía venosa – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2, 3)
- Escala de Braden-Q –riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2, 3)
- Piel íntegra – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2, 3)

- Riesgo de aspiración (Criterio 2, 3)
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)

Dominio 12:

- Tiene dolor y/o malestar (Criterio 3)

Dominio 13

- Se percibe alguna discapacidad (Criterio 4)

VALORACIÓN AL CUARTO DÍA

Entendemos que todos los puntos han de ser obligatorios.

Se seleccionará la opción “no es posible valorarlo” en aquellas situaciones en las que ésta es la única respuesta posible, anotando el motivo en las observaciones del Dominio, completando la información en cuanto se pueda recoger.

Dominio 7

- Apoyo familiar (Criterio 3)
- Valoración del cuidador principal (Criterio 3)

Dominio 9

- Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud (Criterio 3)
- Duelo (Criterio 3)
- Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias (Criterio 4)

COMENTARIOS

Como se puede deducir de los campos que se han establecido como “campos obligatorios”, la exploración de las necesidades de cuidados del paciente respecto a seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.



**“Se puede vivir sin tratamientos,
pero no sin cuidados.”**

M. F. Collière

ANEXO A:

Escala para la valoración del

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por úlceras por presión.**

Escala de Braden

- **Dolor.**

Neonatos: Escala NIPS

Escala BIP

Escala PIPP

1 mes a 2 años: Escala LLANTO

**ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP:
ESCALA BRADEN Q**

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP), en niños menores de 5 años.

Administración: Consta de 7 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable).

Interpretación:

Riesgo Alto: puntuación ≤ 16 .

Riesgo Moderado: puntuación entre 17 y 22.

Riesgo Bajo: puntuación ≥ 23 .

BORRADOR

MOVILIDAD

Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.
2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.
3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.
4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

ACTIVIDAD

Nivel de actividad física

1. Encamado. Paciente constantemente encamado.
2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.
3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.
4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

o

Todos los pacientes demasiado jóvenes para deambular

PERCEPCIÓN SENSORIAL

Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión

1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose)

o

capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.

2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación

o

presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

3. Ligeramente limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación

o

presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

HUMEDAD

Nivel de exposición de la piel a la humedad

1. Constantemente húmeda. La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.
2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día.
4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Cambios de cama una vez al día.

FRICCIÓN

Roce de la piel con superficies de contacto

DESLIZAMIENTO

Contacto de la piel con prominencias óseas

1. Problema significativo. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación, que producen un roce casi constante.
2. Problema. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda.
3. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.
4. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN

Relleno capilar y oxigenación de los tejidos

1. Extremadamente comprometida. Hipotensión (PAM < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos)
2. Comprometida. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo < 7.40
3. Adecuada. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar de 2 segundos y pH normal.
4. Excelente. Normotenso. Saturación de oxígeno > 95%, hemoglobina normal, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo normal.

NUTRICIÓN

Patrón usual de ingesta de alimentos

1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos

O

Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético

O

Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece

O

Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos

O

Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos

Total de Puntos:

Bibliografía:

Quesada Ramos, C. *Manual de atención enfermera de úlceras por presión en pediatría*. Difusión Avances de Enfermería 2006; 28-29

Ibarra Fernández, A.J. Gil Hermoso, M:R. *Tablas de interés Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales* [En línea]. [Fecha de acceso 13 Marzo 2006]; Disponible en la URL: [http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo175/capitulo175.htm#Escala_de_Braden_y_Braden_Q_\(para_niños_menores_de_5_años\)](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo175/capitulo175.htm#Escala_de_Braden_y_Braden_Q_(para_niños_menores_de_5_años))

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN NEONATOS

ESCALA NIPS (NEONATAL INFANTS PAIN SCALE).

Indicación: Generalmente se usa en la valoración del dolor secundario a algún procedimiento; no se ajusta por la edad del niño ni tampoco valora sedación. Se emplea en **neonatos de 28 a 38 semanas de gestación**.

Es aceptable por su confiabilidad y validez estadística.

Administración: Escala observacional que consta de 6 ítems. Cada uno de ellos se puntúa de 0 a 2.

Interpretación: Puntuación máxima de 7 que equivale a dolor grave. Se considera presencia de dolor por encima de 4.

ESCALA NIPS			
	0	1	2
Expresión facial	Músculos relajados	Músculos faciales tensos	
Llanto	Sin llanto	Gemidos	Llanto continuo
Patrón respiratorio	Relajado	Cambio de patrón respiratorio	
Brazos	Relajados (contenidos)	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos o en extensión rápida)	
Piernas	Relajadas (contenidas)		
Estado de vigilia	Sueño/despertar	Agitado	

Adaptada de Lawrence J., Neonatal Network 1993; 12:59-66

ESCALA BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE)

Indicación: Valoración de la eficacia de la analgesia en niños **recién nacidos a término**, en el periodo postoperatorio.

Administración: Escala observacional. Consta de 10 ítems. Cada uno de ellos se puntúa de 0 a 2.

Interpretación: Una puntuación entre 0 y 5 indica una analgesia adecuada.

ESCALA BPS			
Conducta	0 (Satisfactorio)	1 (Mediocre)	2 (Insuficiente)
Sueño (durante la hora previa)	Periodos prologados (> 10 min.)	Periodos breves (5 –10 min.)	No
Expresión facial de dolor	Tranquila relajada	Poco marcada, intermitentes	Marcada, constante
Calidad del llanto	Sin llanto	Modulado (distráido por el ruido normal)	Con gritos, muy intenso y expresa dolor
Actividad motora espontánea	Normal	Agitación moderada	Pataleo, agitación incesante
Excitabilidad espontánea y reactividad a la estimulación ambiental	Tranquilo	Reactividad excesiva (a cualquier estímulo)	Tembloroso, movimientos clónicos, reflejo de Moro espontáneo
Flexión de dedos de las manos y pies	Ausente	Poco marcada, intermitente	Muy pronunciada, marcado y constante
Succión	Normal para la edad	Intermitente (3 ó 4). Se interrumpe con el llanto	Ausente o succión desorganizada
Evaluación global del tono	Normal para la edad	Hipertonicidad moderada	Hipertonicidad importante
Capacidad de consolarse	Se tranquiliza antes de 1 min	Se calla después de 1 min. de esfuerzo	Incapaz de consolarse después de dos minutos
Sociabilidad (Contacto con los ojos), respuesta a las voces, sonrisa, interés real por las cosas	Fácil y prolongada	Difícil de obtener	Ausentes

Adaptada de Atta J., et al. Postoperative pain score. *Anesthesiology* 1987; 67; A532

ESCALA PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE)

Indicación: Valoración del dolor en recién nacidos, prematuros y a término, ingresados en UCI.

Es de utilidad en la **valoración del dolor provocado por procedimientos clínicos o en el postoperatorio de neonatos entre 28 y 40 semanas de la gestación**. La puntuación obtenida se ajusta para la edad de la gestación, pero no valora la sedación.

Administración: Consta de 10 ítems que se puntúan de 0 a 3.

Interpretación: Se distinguen tres niveles de dolor:

- Una puntuación < 6 indica dolor mínimo.
- Entre 6 y 12 dolor leve.
- Mayor de 12 refleja dolor moderado o severo en el que estaría indicado el uso de fármacos.

ESCALA PIPP					
Proceso	Indicador	0	1	2	3
Revisión de la Hª	Edad gestacional	≥ 36 sem	32 – 35 6/7 sem	28 – 31 6/7 sem	< 28 sem
Observar la conducta del neonato (15 seg.)	Estado conductual	Activo/desperto, ojos abiertos, movimientos faciales	Tranquilo, despierto, ojos abiertos, sin movimientos faciales	Activo/dormido, ojos cerrados, movimientos faciales	Tranquilo/dormido, ojos cerrados, movimientos faciales
Observación del estado basal	FC				
Observación de los cambios (30 seg.)	SatO ₂				
	FC máx	↑ 0 – 4 lpm	↑ 5 - 14 lpm	↑ 15 - 24 lpm	↑ > 25 lpm
	SatO ₂ min	↓ 0 – 2,4%	↓ 2,5 – 4,9%	↓ 5 – 7,4%	↓ > 7,5%
	Arruga frente	No (0,9% del tiempo)	Mínimamente (10 – 39% del tiempo)	De forma moderada (40 – 69% del tiempo)	De forma máxima (≥ 70% del tiempo)
	Aprieta los ojos	No (0,9% del tiempo)	Mínimamente (10 – 39% del tiempo)	De forma moderada (40 – 69% del tiempo)	De forma máxima (≥ 70% del tiempo)
	Fruncimiento nasolabial	No (0,9% del tiempo)	Mínimamente 10 – 39% del tiempo)	De forma moderada (40 – 69% del tiempo)	De forma máxima (≥ 70% del tiempo)

Adaptada del Stevens B. Clin J Pain 1990; 13:13-22

ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)

Indicación: Valoración del dolor agudo en niños de 1 mes a 6 años de edad.

Administración: Escala observacional que consta de cinco ítems que se puntúan de 0 a 2, de tal modo que la puntuación oscilará entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (dolor máximo posible)

Interpretación: Se distinguen tres niveles de dolor:

- Puntuación de 0 a 3: Dolor leve.
- Puntuación de 4 a 6: Dolor moderado.
- Puntuación de 7 a 10: Dolor intenso.

ESCALA LLANTO			
	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajados	Indiferente	Contraído
Expresión facial	Contento o dormido	Serio	Triste

F. Reinoso-Barbero, A.I. Lahoz Ramón, M.P. Durán Fuente, G. Campo García, E. L.
Anales de pediatría (Barcelona) 2011; (1): 10-14

FORMULARIO
“VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO”

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO”

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días de vida o menos.

Se recogen en este documento los datos resultantes de la vigilancia del funcionamiento de órganos y aparatos.

Se recomienda cumplimentar este formulario, al menos cada cambio de turno, para dejar constancia del estado físico del paciente.

La información se ha organizado en los siguientes grupos:

- **Datos generales:** Información sobre el parto.
Se explora en este apartado la **vitalidad**.
- **Estado neurológico:** Datos en relación con el nivel de conciencia, movimiento, características del llanto y tono muscular.
- **Estado respiratorio:** Características de la respiración y signos de distrés respiratorio.
- **Estado circulatorio:** Características del ritmo cardiaco.
- **Estado gastrointestinal:** Signos de enterocolitis.
- **Estado de la piel:** Coloración, aspecto del muñón umbilical.
- **Analítica.**

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO

→ Datos generales	
Fecha de nacimiento	
Hora del nacimiento	
Semanas de gestación	
Procedencia	Desplegable: Partos Nidos Quirófano Domicilio Otro hospital
Exploración de la Vitalidad	Desplegable: Buena Regular Mala
→ Estado neurológico	
Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta (Hipervigilante) Consciente Estuporoso Coma Somnoliento
Movimientos espontáneos	Desplegable: Si No
Movimientos al estímulo	Desplegable: Si No
Movimientos anormales	Multiselección: No Tónicos Clónicos Temblores Tremulaciones Chupeteo No succión Rotación del pulgar
Movimientos oculares	Desplegable: Nistagmus Ojos en poniente Media luna Otros
Especificar	
Llanto	Desplegable: Vigoroso Débil Ausente Quejumbroso Otros
Especificar	
Tono muscular	Desplegable: Normotónico Hipertónico Hipotónico
Observaciones	
→ Estado respiratorio	
Características de la respiración	Multiselección: Eupneico Disneico Taquipneico

	Bradipneico
Distrés respiratorio	Multiselección: No Aleteo nasal Apnea Tiraje subcostal Tiraje intercostal Tiraje Xifoideo Bamboleo abdominal
Observaciones	
→ Estado circulatorio	
Características del ritmo cardiaco	Desplegable: Sinusal Arrítmico Bradicardia Taquicardia
Observaciones	
→ Estado gastrointestinal	
Abdomen	Desplegable: Normal Distendido Asas marcadas
Color de la piel del abdomen	
Observaciones	
→ Estado de la piel	
Coloración de la piel	Multiselección: Normal Pálida Cianosis generalizada Cianosis peribucal Cianosis acra: MMII Cianosis acra: MMSS Cutis marmorata Pletórica Ictérica "Séptico" (pajizo, sucio, terroso...)
Cordón umbilical	Multiselección: Normal Maloliente Secreción purulenta
→ Analítica	
Grupo y Rh	Desplegable con grupos
Grupo y Rh de la madre	Desplegable con grupos

FORMULARIO
“PACIENTE CRÍTICO NEONATO”

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PACIENTE CRÍTICO NEONATO”

Se recogen en este formulario los datos que han de registrarse en este tipo de pacientes al menos cada hora para asegurar una correcta vigilancia de su estado físico.

Se ha organizado la información en pestañas:

Pestaña Constantes y Perfusiones

Se recogen datos relativos a:

- Las constantes vitales del paciente y valoración del dolor. Las escalas correspondientes se encuentran en el Anexo X.
- El ritmo de las perfusiones.

Pestaña Aislamiento de la Vía Aérea

Se recoge información sobre el tubo endotraqueal.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO PACIENTE CRÍTICO NEONATO

INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES Y PERFUSIONES

→ Constantes Vitales	
Tª (°C)	
TAS (mm Hg)	
TAD (mm Hg)	
TAM (mm Hg)	
FC (l/m)	
FR (R/m)	
Saturación O ₂ (%)	
Aporte de O ₂	Desplegable: Sin O ₂ Gafas Oxigeno O2 incubadora
Fi O ₂	
BIS	
ICS (BIS)	Campo numérico
Escala PIPPS (Dolor) ¹	Desplegable:
Escala BPS (Dolor) ²	Desplegable:
Observaciones	
→ Incubadora	
Tª	
Humedad (%)	
→ Perfusiones	
Dopamina ritmo	
Dobutamina ritmo	
Midazolam ritmo	
Fentanilo ritmo	
Furosemida ritmo	
Insulina ritmo	
Heparina ritmo	
Bicarbonato ritmo	
Cloruro sódico ritmo ³	
Gluconato calcio ³	
Perfusión A (especificar)	
Ritmo	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA AISLAMIENTO VÍA AÉREA

→ Aislamiento vía aérea	
Tubo orotraqueal	Desplegable: Normal Doble vía
Tubo endotraqueal	Desplegable: Normal Doble vía
Nº tubo	
Ubicación (cm)	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en unidad de hospitalización

	Inserción en quirófano
Observaciones	

Accesos directos desde este formulario a los de: Balance hídrico (U), Glucemia (U)

- 1** Escala para la valoración del dolor en recién nacidos, prematuros y a término, ingresados en UCI. Necesaria solamente en HUCA y CABUEÑES.
- 2** Escala para la valoración de recién nacidos a término en el periodo postoperatorio. Necesaria solamente en el HUCA.
- 3** Indicadores necesarios solamente en el HUCA.

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y
SEGUIMIENTO
“CONTROL DEL NEONATO”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO CONTROL DEL NEONATO

Se registra en este formulario la información relativa a las funciones de alimentación y eliminación del Neonato así como los datos de la incubadora.

Se ha organizado la información en las siguientes pestañas:

Pestaña Datos Generales

Recoge información relativa al parto y somatometría.

Pestaña Alimentación

Se registra el tipo de alimentación y la cantidad que ingiere en cada toma.

Pestaña Eliminación

Se registran datos en cuanto al número de micciones, deposiciones y vómitos.

En el indicador "Peso del pañal" ha de registrarse el peso del pañal mojado menos el peso en seco, para tener idea de la diuresis.

Pestaña incubadora

Tª, humedad, Fi O₂...

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL NEONATO

INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES

→ Datos generales	
Fecha de nacimiento	
Hora del nacimiento	
Peso al nacimiento	
→ Somatometría	
Peso	
Longitud	
Perímetro cefálico	
Perímetro torácico	
Perímetro abdominal	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN

→ Alimentación	
Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Modo de administración	Desplegable: Enteral por succión Enteral por sonda Parenteral
Frecuencia de las tomas	Desplegable: 2 horas 3 horas 4 horas Otra
Otra especificar	
Cantidad ofrecida (cc)	
Cantidad aceptada (cc)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN

→ Eliminación	
Micciones (numero)	
Peso del pañal (gr)	
Tipo de deposiciones	Multiselección: Normal Blanda Diarrea Con sangre Meconio Transición
Deposiciones (número)	
Regurgitaciones	Desplegable: Si No
Número	

Vómitos	Desplegable: No Alimenticio Biliar Hematemesis Posos de café
Número	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA INCUBADORA

→ Incubadora	
Tª incubadora	
Humedad (%)	
FiO ₂ (%)	
Observaciones	

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y
SEGUIMIENTO
“CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE

Se registra en este formulario la información relativa a la ingesta en lactantes con edad comprendida entre 1 mes y dos años de edad.

Se ha de especificar tanto la cantidad ingerida como los alimentos que toma en cada comida.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE

→ Control de ingesta del lactante	
Desayuno	Desplegable: Completo Mitad Nada
Especificar alimentos	
Comida	Desplegable: Completo Mitad Nada
Especificar alimentos	
Merienda	Desplegable: Completo Mitad Nada
Especificar alimentos	
Cena	Desplegable: Completo Mitad Nada
Especificar alimentos	
Observaciones	

BORRADOR

DOCUMENTACIÓN DEL
PROCESO DE CUIDADOS DEL
NIÑO HOSPITALIZADO.
EDAD 2 A 14 AÑOS

**DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.
EDAD 2 A 14 AÑOS.
INTRODUCCIÓN**

BORRADOR

FORMULARIO
“VALORACIÓN ENFERMERA
PEDIÁTRICA:
NIÑOS 2 A 14 AÑOS”

BORRADOR

FORMULARIO DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA NIÑO 2 A 14 AÑOS

Se ha realizado este documento con los mismos requisitos que la Valoración Pediátrica: niños de 0 a 24 meses, recogidos en la página 63.

Se ha añadido la escala de Braden-Bergstrom para la valoración del riesgo de UPP en niños mayores de cinco años, recomendada por el “Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión” de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Principado de Asturias.

También la escala de Barthel para la valoración de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.

Para la valoración del dolor constan la escala LLANTO para niños de 2 a 6 años y la EVA para niños mayores de esta edad.

La descripción de estas escalas consta en el Anexo A de esta Guía de cumplimentación.

BORRADOR

INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIATRÍA 2 A 14 AÑOS

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 1-2-3

→ Datos generales	
Colocar-Comprobar pulsera de identificación	Check
Documentación al ingreso	Check
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Check
Valoración Enfermería 2ª parte	Desplegable: Pendiente (muestra este campo por defecto).
Alergias conocidas	Desplegable: Si No
→ D-1. Promoción de la salud	
Cumplimiento del régimen terapéutico	Multiselección: Si No farmacológico No revisiones No ejercicio No dieta
Responsable del tratamiento	
Déficit de conocimientos	Multiselección: Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones
Compl. reg. terapéutico	Multiselección: Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones
Vacunación completa	Desplegable: Si No No. Negación de los padres
Observaciones	
→ D-2. Nutrición	
Dieta habitual	
Intolerancias alimentarias	
Peso (kg)	
Talla (cm)	
Índice de masa corporal	
Resultado IMC	
¿Bajo peso?	Desplegable: Si No
Alteración del apetito	Desplegable: No Aumentado Disminuido
Desde	
Lo atribuye a:	
Dieta adecuada para la edad	Desplegable: Si No
Especificar:	

Dieta prescrita	Multiselección Absoluta Oral Enteral Parenteral
Vómitos-Náuseas	Desplegable: Si No
Desde	
Piel y mucosas	Multiselección: Hidratadas Secas Edemas
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
Problemas al orinar	Desplegable: Si No
Especificar	Desplegable: No Sensación de urgencia Disuria Polaquiuria Nicturia Enuresis
Hábito intestinal (cada x días)	
Utiliza medidas	Desplegable: Si No
Especificar	
Control esfínter urinario	Desplegable: Si No
Control esfínter anal	Desplegable: Si No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 4-5

→ D-4. Actividad-Reposo	
¿Duerme bien?	Desplegable: Si No
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Si No
Especificar	
Paresias-Plejias	Desplegable: Si No
Amputaciones	Desplegable: Si No
Prótesis	Desplegable: Si No
Reposo-Inmovilidad	Desplegable: Si No
Pérdida funcional	Desplegable: Si No

Dificultad respiratoria	Multiselección: No Aleteo nasal Cianosis Disnea de esfuerzo Disnea en reposo
→ Escala de Barthel	
Resultado	Indicador resultado de la E. Barthel
Déficit de autocuidado: alimentación	Desplegable: Si No
Déficit de autocuidado: baño	Desplegable: Si No
Déficit de autocuidado: uso del WC	Desplegable: Si No
Déficit de autocuidado: vestido-acicalamiento	Desplegable: Si No
Observaciones	
→ D-5. Percepción-cognición	
Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta Consciente Estuporoso Coma Somnoliento
Orientado/a	Multiselección: Si No, persona No, tiempo No, espacio
Dificultad para comunicarse	Multiselección: No Al hablar Al ver Al oír No se puede recoger el dato
Al hablar	Multiselección: Afasia Disartria Traqueotomía Otro idioma Otros
Prótesis sensoriales (especificar tipo)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 6-7

→ D-6. Auto percepción	
Estado de ánimo-emocional al ingreso	Multiselección: Tranquilo Preocupado Ansioso Triste Apático Irritable Eufórico
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quien vive	

Cuidador principal	
Dificultades para mantener el contacto padres-hijos	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 9

→ D.9. Afront.-toleranc. estrés	
Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación	Desplegable: No Ansiedad (causa inespecífica) Temor (causa específica)
Lo atribuye a:	
Observaciones:	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 10-11

→ D-10. Principios vitales	
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Si No
Especificar	
Datos recogidos del	Desplegable: Tutor Otro
Especificar	
Observaciones	
→ D.11. Seguridad y protección	
Sonda vesical	Desplegable: Si No
Vía venosa	Desplegable: Si No
Herida quirúrgica	Desplegable: Si No
Drenajes	Desplegable: Si No
Observaciones	
Escala de Braden-Q	
Resultado	Indicador resultado de E. Braden-Q
Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
Escala de Braden	
Resultado	Indicador resultado de E. Braden
Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
→ D.11. Seguridad –continuación-	
Piel íntegra	Desplegable: Si No
Riesgo de caídas	Desplegable: Si No

Riesgo de aspiración	Desplegable: Si No
Riesgo de alteraciones nerviosas o vasculares	Multiselección: No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
Incapacidad para eliminar secreciones	Multiselección: No Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor
Temperatura	Desplegable: <36 >38
Riesgo de lesionarse o lesionar a otros	Multiselección: No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 12-13

→ D.12. Confort	
Tiene dolor y-malestar	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Escala EVA	Desplegable: 0 a 10
Localización del dolor	Multiselección: Bucal Cabeza Cervical Espalda Extremidad inferior Extremidad superior Garganta y oído Tórax Zona abdominal Zona genital Zona Lumbar
Medidas que utiliza para paliarlo	
Náuseas	Desplegable: Si No
Las atribuye a	
Observaciones	

→ D.13. Crecimiento-Desarrollo	
Se percibe algún tipo de discapacidad	Desplegable: Si No
La familia ha percibido algún tipo de discapacidad	Desplegable: Si No
Observaciones	
→Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

BORRADOR

INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA NIÑOS 2 A 14 AÑOS. SEGUNDA PARTE

INDICADORES DE LAS PESTAÑAS DOMINIOS 5-6-7-9

→ D-5. Percepción-cognición	
Dificultad en el aprendizaje	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones	

→ D-6. Auto percepción	
¿Normalmente logra lo que se propone?	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Autoestima	Desplegable: Normal Se infravalora Se supervalora
¿Hubo o se prevén cambios en su cuerpo?	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Especificar	
Observaciones	

→ D-7. Rol-Relaciones	
Apoyo familiar	Desplegable: Bueno Relativo Rechazo No hay familia No se puede recoger el dato
Relaciones familiares. Conflicto funcionamiento-relación familiar	Desplegable: Si No Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del paciente No se puede recoger el dato
Cuidador principal del paciente	
Dificultad para el cuidado del niño	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Complejidad de los cuidados	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato

Problemas de salud del cuidador	Desplegable: No Física Emocional No se puede recoger el dato
Observaciones	

→ D.9. Afront.-toleranc. estrés	
Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud	Desplegable: No Física Funcional Social No se puede recoger el dato
Duelo	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Expresa sentimientos de:	Multiselección: Negación Ira Depresión Pacto Aceptación No se puede recoger el dato
Lo atribuye a	
¿Expresa o se observan conductas-recursos para afrontar su situación?	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Observaciones:	

**GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN
DE LA VALORACIÓN ENFERMERA
PEDIÁTRICA: NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS**



GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO DE “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 2-14 AÑOS”

Han de cumplimentarse **todos los valores** del registro puesto que **la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad**. Si no puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del Dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- ♦ Se trata de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- ♦ Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- ♦ Recoge datos de la salud del niño tanto objetivos como subjetivos, y de la de los padres/tutores orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados. En algunos casos, los padres/tutores también serán sujeto de dichos cuidados.
- ♦ La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- ♦ Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

Una vez cumplimentada la valoración, la aplicación informática ofrecerá una serie de diagnósticos que se derivan de ella y el enfermero tendrá que seleccionar aquellos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.

- ♦ La Valoración debe hacerse **en las primeras 24 horas del ingreso**. Sin embargo, algunos aspectos, como por ejemplo las relaciones familiares, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el enfermero y el niño. En estos casos el juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente, entendiendo que éste es tanto el niño como los padres o tutores, y las preguntas concretas que hará el enfermero se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

Estos aspectos se cumplimentarán al cuarto día de ingreso del paciente.

En la primera parte de la Valoración consta un indicador que, al seleccionarlo, planifica por defecto una tarea en la agenda de la enfermera para facilitar la cumplimentación de esta segunda parte de la Valoración

Valoración Enfermería 2ª parte

Desplegable: Pendiente (muestra este campo por defecto).

Si después del día planificado sigue habiendo circunstancias que aconsejen aplazar la valoración de estos puntos, se registrará una nueva fecha explicando en Observaciones de Enfermería el criterio que aconseja esta decisión.

Si no pueden recogerse estos datos se comentará en Observaciones de Enfermería la situación del paciente que impide cumplimentarla.

Es imprescindible que estos valores se cumplimenten, puesto que son los que dan más valor añadido a la Valoración Enfermera.

- ♦ Finaliza recogiendo la opinión del paciente sobre lo que para él es más importante e identificando a la persona de la que se recogen los datos (paciente, esposa, hijo...), el nombre y apellidos del enfermero que la cumplimenta, la fecha y la firma.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS. ENTREVISTA

La recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante los siguientes métodos:

- Entrevista
- Exploración física
- Observación
- Escalas y cuestionarios

Este formato estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un impreso a rellenar; pretende ser una guía que ayude al enfermero en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud de la persona para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno.

La entrevista debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible, para lo que debe pedirse a los compañeros de habitación y familiares que salgan de la estancia (si es posible) mientras la realizamos.

Hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este primer contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona, por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial; las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se considerará tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas.

Al comenzar, se llamará al paciente por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida.

El registro consta de los siguientes apartados:

Datos generales: Se confirmará con un check en la casilla correspondiente, que tiene colocada la pulsera de identificación, que se ha entregado la documentación escrita pertinente (en aquellos centros que así lo tienen establecido) y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.

Se dejará constancia de si el paciente tiene alguna alergia conocida o no. En el primer caso se informará la alergia si aún no lo está.

Se registrarán en observaciones los efectos personales entregados en custodia al Hospital y/o a su responsable directo (trabajadora social, seguridad, enfermera...)

Exploración de los Dominios: El resto de información se organiza en distintas pestañas que ordenan la información, como ya se comentó, según los Dominios de la Taxonomía NANDA II.

EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS

Dominio 1: Promoción de la salud. Se valora cómo cuida su salud la persona.

Si el niño tiene algún tipo de régimen terapéutico (farmacológico, ejercicio, dieta o revisiones médicas o de enfermería) se señalará su cumplimiento o no, así como si no tiene ningún régimen terapéutico.

En “*Responsable del tratamiento*” se dejará constancia de la persona concreta encargada de administrárselo (madre, abuelo...).

Se especificará después la causa del incumplimiento (Déficit de Conocimientos o Complejidad del Régimen Terapéutico) seleccionando los indicadores correspondientes.

En “*Vacunación*” se dejará constancia de si ha cumplido el calendario vacunal o de si los padres no están de acuerdo en que el niño se vacune.

Dominio 2: Nutrición. Se valora si la ingestión de nutrientes es adecuada para la persona y los problemas que puede tener ésta para realizar esta función.

En “*Dieta habitual*” se hará constar lo que come habitualmente el niño. Se especificará también si existen restricciones dietéticas. Asimismo se reseñarán las preferencias del niño.

Los criterios “*bajo peso, normo peso, sobre peso y obesidad*” se deducirán del IMC, cuya fórmula es: $[\text{Peso (kg)}] / [\text{altura (m)}]^2$ y se hará constar en la Valoración de aquellos niños en la que este dato sea relevante.

En “*Dieta adecuada para la edad*”, el enfermero hará constar si la dieta que habitualmente toma el niño es la adecuada para la edad en cuanto a nutrientes y textura, especificando en caso de que no lo sea, en qué es incorrecta.

En “*Dieta prescrita*” debe recogerse la que se le ha de administrar en el hospital.

Si el paciente tiene suplementos nutricionales, han de especificarse en observaciones.

De la presencia de “*Vómitos/náuseas*” debe valorarse su repercusión sobre la nutrición.

El estado de hidratación de la piel y las mucosas son datos que valoran la adecuada captación y absorción de líquidos.

Dominio 3: Eliminación. Se valoran los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación.

Se determinará qué tipo de problema tiene el niño para orinar o si se trata de un dato que no puede recogerse en el momento de la valoración.

“*El hábito intestinal*” se refiere al que mantiene el niño en su domicilio. Si utiliza algún tipo de medida para mantener un hábito regular, se especificará.

Dominio 4: Actividad/reposo. Se valoran las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía (moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño.

En el punto “*Duerme bien*” se reseñará la sensación del niño y en el caso de los más pequeños la percepción de los padres/tutores.

En “*Utiliza ayuda para dormir*”, si se señala **SI**, se dejará constancia de en qué consiste esta ayuda (infusiones, dedo, chupete, objeto de transferencia...)

El grado de autonomía para las actividades de la vida diaria se medirá con la escala de Barthel.

Dominio 5: Percepción/cognición. Se valora cómo procesa la persona la información (atención, orientación, cognición, comunicación)

“*Nivel de conciencia*”: El punto hipervigilante se señalará cuando el niño tenga la sensación subjetiva de “claridad mental”, que no necesariamente implica mayor rendimiento o mejora real de la atención. Se

acompaña de un incremento de la actividad motora y/o verbal.

En “*Dificultades para el aprendizaje*”, que se valoran al cuarto día, si existiesen, se especificará lo más concretamente posible en qué consisten (retraso mental, entiende conceptos sencillos, le impide asumir su autocuidado...)

Dominio 6: Autopercepción. Se valora el concepto que tiene la persona de sí misma (cómo se ve) explorando su estado de ánimo, su autoestima y los problemas que pueden presentarse en relación a cambios en la imagen corporal.

El “*Estado de ánimo/emocional*” se refiere al que el niño manifiesta ahora, en el momento del ingreso. Se hará constar el que dice que tiene y no el que observa el enfermero. Si no coinciden se anotará en Observaciones.

Para recoger este dato pueden ofrecerse al paciente los valores que constan en el registro para que él mismo determine cuáles son los que mejor definen su estado de ánimo en ese momento. Hay que tener en cuenta que puede señalar más de uno.

Ejemplo: “Respecto a su estado de ánimo en este momento usted diría que está tranquilo, triste, preocupado, ansioso...”. El niño puede decir que está triste y preocupado.

La información relativa a los indicadores que hacen referencia a la autoestima, “*Normalmente logra lo que se propone*” y “*Autoestima*”, que se valoran al cuarto día, ha de recogerse por observación y en caso necesario se adaptarán las preguntas necesarias a las características del niño.

En el apartado “*Ha habido o se prevén cambios en su cuerpo*”, que se valora al cuarto día, se deben señalar aquellos que constituyen problema para el paciente o los que puedan surgir por intervenciones quirúrgicas, tratamientos (amputaciones, colostomía, pérdida de cabello por quimioterapia, ...)

Dominio 7: Rol-relaciones. Se valora el papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad.

En “*Dificultades para mantener el contacto padres/hijos*” si se selecciona SI, se especificará en qué consisten las dificultades: aparatos, aislamiento...

En el punto “*Cuidador principal*” se anotará el nombre de éste y el parentesco con el paciente.

En “*Valoración cuidador principal*” se reseñarán las dificultades de éste para el cuidado del paciente y la necesidad de ayuda de la trabajadora social.

Así mismo se pedirá la colaboración de ésta cuando el paciente no tenga quién le cuide al alta, o si necesitan ayuda durante el ingreso.

En los Diagnósticos Enfermeros asociados a este dominio se hace referencia a la Complicación Potencial **Riesgo Social** para identificar estas situaciones o cualquier otra en la que se precise la intervención de la trabajadora social.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. Se valora la forma en que la persona hace frente a su situación de salud.

“*Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación*”, se valorará en el momento del ingreso, aunque como cualquier otra situación, puede variar durante el mismo.

Este dominio está íntimamente relacionado con el 6, puesto que la forma en que cada persona afronta los acontecimientos tiene que ver con el concepto que tiene de sí misma; de este modo los problemas aquí detectados pueden ser causa de los recogidos en el dominio 6 y viceversa.

Dominio 10: Principios vitales. Se valoran aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para la persona.

Es importante dejar constancia de quién se recogen los datos. En caso de que no sean del tutor legal del niño, se especificará el grado de parentesco que la persona que los proporciona tiene con el niño. En el caso de los más mayores pueden ser ellos mismos los que proporcionen la información.

Dominio 11. Seguridad. Se valoran aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de

la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario.

Para la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, se dispone de dos escalas: La escala de Braden Q que se utilizará en niños de dos a cinco años y la escala de Braden Bergstom para niños a partir de cinco años.

Los puntos que se han considerado para determinar el riesgo de caídas, son los contenidos en la escala de Saint Thomas modificada, que se exploran en distintas partes de la Valoración:

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

1 ¿Tiene historia de caídas previas o ha ingresado por una caída?

(Antecedentes de salud).

2 ¿Está agitado, confuso, desorientado?

(Dominio 5: Percepción-cognición).

3 ¿Oye o ve mal?

(Dominio 5: Percepción-cognición).

4 ¿Necesita acudir con frecuencia al aseo, o es incontinente?

(Dominio 3: Eliminación).

5 ¿Tiene dificultades para caminar y/o incorporarse?

(Dominio 3: Actividad reposo).

En el campo reservado para los Diagnósticos de Enfermería consta también una Complicación Potencial: **Convulsiones**. En caso de que el niño esté en riesgo de padecerlas ha de planificarse la vigilancia correspondiente en el plan de cuidados.

Dominio 12: Confort. Se valoran las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico.

Se dispondrá de la escala EVA para la valoración del dolor.

Dominio 13: Crecimiento-desarrollo. No se están utilizando Diagnósticos Enfermeros relacionados con este dominio.

Se registrará no obstante si el enfermero percibe algún tipo de discapacidad o si la familia ha percibido algún tipo de discapacidad.

En el campo reservado para los Diagnósticos de Enfermería consta únicamente una Complicación Potencial: **Alteración en el desarrollo**. El enfermero vigilará si existe algún dato de esta complicación.

Como resumen final de la Valoración Enfermera se termina con las preguntas “¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?” y “De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?”. A continuación, el enfermero se despedirá del paciente quedando a su disposición.

CAMPOS OBLIGATORIOS

La elaboración del “Registro de Valoración del Paciente al Ingreso” se diseñó de forma que incluyese únicamente los criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad. Es evidente por tanto que para cumplir con este estándar de calidad ha de cumplimentarse el registro completo.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos “campos obligatorios”. La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para dar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

En un principio, se habían propuesto como criterios para determinar que campos serían “campos obligatorios” los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Pretendiendo incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
2. La seguridad del paciente. Incluyendo como “campos obligatorios” todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
3. La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la Joint Commission.
4. Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Así pues los puntos que se han determinado como obligatorios son los siguientes:

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 1

- Cumplimiento del régimen terapéutico.

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Vómitos y náuseas (Criterio 4)
- Piel y mucosas – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)

Dominio 3:

- Problemas al orinar ((Criterio 4)
- Control de esfínteres – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- ((Criterio 2)

Dominio 4:

- Paresias/plejias – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2, 3)
- Amputaciones – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2, 3)
- Prótesis – factor de riesgo para el Riesgo de caídas- (Criterio 2, 3)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)

Dominio 5:

- Nivel de conciencia (Criterio 4)
- Orientado (Criterio 4)

- Dificultad para comunicarse (Criterio 4)

Dominio 10:

- Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante su hospitalización (Criterio 4)

Dominio 11:

- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2, 3)
- Vía venosa – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2, 3)
- Escala de Braden o Braden Q –riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2, 3)
- Piel íntegra – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2, 3)
- Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Riesgo de aspiración (Criterio 2, 3)
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)

Dominio 12:

- Tiene dolor y/o malestar (Criterio 3)

Dominio 13

- Se percibe alguna discapacidad (Criterio 4)

VALORACIÓN AL CUARTO DÍA

Entendemos que todos los puntos han de ser obligatorios.

Se seleccionará la opción “no es posible valorarlo” en aquellas situaciones en las que ésta es la única respuesta posible, anotando el motivo en las observaciones del Dominio, completando la información en cuanto se pueda recoger.

Dominio 5

- Dificultad para el aprendizaje (Criterio 4)

Dominio 6

- Normalmente logra lo que se propone (Criterio 3)
- Ha habido o se prevén cambios en el cuerpo (Criterio 3)

Dominio 7

- Apoyo familiar (Criterio 3)
- Valoración del cuidador principal (Criterio 3)

Dominio 9

- Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud (Criterio 3)
- Duelo (Criterio 3)
- Expresa y/o se observa falta de conductas adecuadas o recursos para afrontar su situación o sus consecuencias (Criterio 4)

COMENTARIOS

- Como se puede deducir de los campos que se han establecido como “campos obligatorios”, la exploración

de las necesidades de cuidados del paciente respecto a seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.

BORRADOR



Se puede vivir sin tratamientos

Pero no sin cuidados

M. F. Collière

ANEXO A:

Escalas para la valoración

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, por UPP**

Niños menores de cinco años: Escalas de Braden

Niños mayores de cinco años: Braden Q

- **Dolor.**

Niños de 1 mes a seis años: Escala LLANTO.

Niños mayores de seis años: Escala EVA

Escala de caras.

- **Déficit de autocuidado**

Escala de Barthel

ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP

ESCALA BRADEN Q

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP), en niños menores de 5 años.

Administración: Consta de 7 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable).

Interpretación:

Riesgo Alto: puntuación ≤ 16 .

Riesgo Moderado: puntuación entre 17 y 22.

Riesgo Bajo: puntuación ≥ 23 .

BORRADOR

MOVILIDAD

Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo

1. Completamente inmóvil. Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.
2. Muy limitada. Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.
3. Ligeramente limitada. Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.
4. Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

ACTIVIDAD

Nivel de actividad física

1. Encamado. Paciente constantemente encamado.
2. En silla. Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.
3. Deambula ocasionalmente. Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.
4. Deambula frecuentemente. Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

o

Todos los pacientes demasiado jóvenes para deambular

PERCEPCIÓN SENSORIAL

Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión

1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose)

o

capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.

2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación

o

presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

3. Ligeramente limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación

o

presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

4. Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

HUMEDAD

Nivel de exposición de la piel a la humedad

1. Constantemente húmeda. La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

2. A menudo húmeda. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día.

4. Raramente húmeda. La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina. Cambios de cama una vez al día.

FRICCIÓN

Roce de la piel con superficies de contacto

1. Problema significativo. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación, que producen un roce casi constante.

DESLIZAMIENTO

Contacto de la piel con prominencias óseas

2. Problema. Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda.

3. Problema potencial. Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.

4. No existe problema aparente. Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN

Relleno capilar y oxigenación de los tejidos

1. Extremadamente comprometida. Hipotensión (PAM < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos)

2. Comprometida. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo < 7.40

3. Adecuada. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar de 2 segundos y pH normal.

4. Excelente. Normotenso. Saturación de oxígeno > 95%, hemoglobina normal, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo normal.

NUTRICIÓN

Patrón usual de ingesta de alimentos

1. Muy pobre. Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos

O

Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.

2. Probablemente inadecuada. Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético

O

Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.

3. Adecuada. Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece

O

Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.

4. Excelente. Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos

O

Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos

Total de Puntos:

Bibliografía:

Quesada Ramos, C. *Manual de atención enfermera de úlceras por presión en pediatría*. Difusión Avances de Enfermería 2006; 28-29

Ibarra Fernández, A.J. Gil Hermoso, M:R. *Tablas de interés Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales* [En línea]. [Fecha de acceso 13 Marzo 2006]; Disponible en la URL: [http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo175/capitulo175.htm#Escala_de_Braden_y_Braden_Q_\(para_niños_menores_de_5_años\)](http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo175/capitulo175.htm#Escala_de_Braden_y_Braden_Q_(para_niños_menores_de_5_años))

ESCALA BRADEN

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Administración: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación:

Riesgo Alto: puntuación <13

Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16
si > 75 años, puntuación 15 -18

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest: 0,88 (Bernal, 2001). Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo, con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006).

Reevaluación (según el Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias):

Puntuación de la escala Braden	Riesgo	Periodicidad
<16	Alto/medio	Diaria
16-18	Bajo	Cada 4 días
>18	Sin Riesgo	Semanal

Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Puntuación	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada:	Muy limitada: Reacciona sólo a estímulos dolorosos.	Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición	Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar
Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo	No puede comunicar su malestar excepto por quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	
HUMEDAD	Constantemente húmeda:	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Nivel de exposición de la piel a la humedad	La piel se encuentra expuesta a la humedad persudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina
ACTIVIDAD	Encamado: Paciente constantemente encamado	En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas	Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas	Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo

NUTRICIÓN

Patrón habitual de ingesta de alimentos

Muy pobre:

Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios con aporte proteico (carne, pescado o productos lácteos). Toma poco líquido. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días

Probablemente

inadecuada: Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético,

o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica

Problema potencial: Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo

Adecuada:

Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece,

o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales

No existe problema aparente: Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla

Excelente:

Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

Problema:

Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante

Bibliografía:

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, (2008)

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)

Indicación: Valoración del dolor agudo en niños de 1 mes a 6 años de edad.

Administración: Escala observacional que consta de cinco ítems que se puntúan de 0 a 2, de tal modo que la puntuación oscilará entre 0 (ausencia de dolor) y 10 (dolor máximo posible)

Interpretación: Se distinguen tres niveles de dolor:

- Puntuación de 0 a 3. Dolor leve.
- Puntuación de 4 a 6: Dolor moderado.
- Puntuación de 7 a 10: Dolor intenso.

	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajados	Indiferente	Contraído
Expresión facial	Contento o dormido	Serio	Triste

F. Reinoso-Barbero, A.I. Lahoz Ramón, M.P. Durán Fuente, G. Campo García E.L.
Anales de pediatría (Barcelona) 2011; (1): 10-14

ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA). ESCALA DE CARAS

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración: Autoadministrada–heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que el extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor *no dolor* y 10 es el *peor dolor imaginable*.

Interpretación:

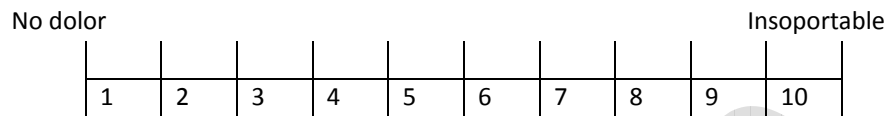
Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest $r = 0,947$. CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

BORRADOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea. Esta escala puede resultar útil en niños a partir de 6 años



Escala e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia:
Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ESCALA DE CARAS

En niños de 3 a 7 años, puede utilizarse esta escala. Para ello es necesario que el niño entienda el concepto de dolor.

					
1	2	3	4	5	6
Sin dolor	Leve	Moderado	Severo	Intenso	Insoporable

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ESCALA DE BARTHEL

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda?. Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calculan los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 Dependiente

Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55

Dependiente Leve: >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97;

Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		PUNTUACIÓN
Lavarse	■ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
Baño	■ Dependiente	0
Arreglarse	■ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
Aseo	■ Dependiente	0
Vestirse	■ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	■ Necesita ayuda	5
	■ Dependiente	0
Comer	■ Totalmente independiente	10
	■ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	■ Dependiente	0
Usar el retrete	■ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	■ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	■ Dependiente	0
Trasladarse	■ Independiente para ir del sillón a la cama	15
	■ Mínima ayuda física o supervisión	10
	■ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	■ Dependiente	0
Deambular	■ Independiente, camina solo 50 m.	15
	■ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	■ Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	■ Dependiente	0
Escalones	■ Independiente para subir y bajar escaleras	10
	■ Necesita ayuda física o supervisión	5
	■ Dependiente	0
Micción	■ Contiente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	■ Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	■ Incontinente	0
Deposiciones	■ Contiente	10
	■ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	■ Incontinente	0
TOTAL		

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia:
Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ANEXO 1

BORRADOR

COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS EN EL PARTO Y AL NIÑO”

Barbazan Álvarez Begoña
Diez Álvarez Ana Belén
Fernández Flórez Rosario
Fuertes García Rosa María
González Díaz María Elena
González Fernández Ana Cristina
Gutiérrez Fernández María Josefa
Lozano Gutiérrez Elena
Maestre García Ángeles
Martínez Fernández Carmen
Méndez González Sofía
Pérez Zaa Mercedes
Ruiz Palacio Cándido Manuel

BORRADOR

COLABORADORES

Ablanedo Suárez, José Manuel

Bazán Herreo Antonio

Benítez Fernández Encarnación

Cartón García Aurora

Castaño Santamaría Cristina

Coz García Covadonga del

Cuesta Ablanedo Andrea

Estévez Panadero Ana María

Fernández Fernández María Victoria

Fernández-Campoamor González Maravilla

Gabancho García Monserrat

García García Gemma

García León, Begoña

Huerta Cima Palmira

Jiménez Martos, M Antonia

Jove Constantino Lorena

Lago González, M Luz

Laiz Rodríguez Marta Eva

Lejo López Carmen

López Pérez. Teresa de Jesús

Loredo Vilches Luz María

Lorenzo Benítez Herminia

Manterola Conlledo, Ana

Martín Suárez María

Martínez de Vega Llorente, Eugenia

Migoya San Miguel María José

Montero Rodríguez Ana María

Personal de enfermería de la planta de Neonatología
del Hospital de Cabueñes

Rancaño Rodríguez, Isabel

Rodríguez González María Antonia

Rodríguez Rego, Roberto

Sánchez Vílchez María Pilar

Sarries Suárez María Carmen

Suárez Rodríguez Yolanda

Varela Pérez Carlota

Vega Calvo María Jesús de la

Villamil Díaz Mar

BORRADOR