

NORMALIZACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS EN EL PARTO Y AL NIÑO

BORRADOR

PROYECTO DE NORMALIZACIÓN DE CUIDADOS

CONSEJERÍA DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Edita

Consejería de Salud del Principado de Asturias

Gobierno del Principado de Asturias

Depósito legal:

Guía disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-normalizacion-de-cuidados-a-mujeres-en-proceso-de-parto-y-nino-2>

Coordina

Rosario Fernández Flórez

Responsable de la Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias.

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud

Autores

Rosario Fernández Flórez, Ruth Álvarez Oviedo, Roberto Rodríguez Rego y Grupo “Cuidados en el parto y al niño”¹

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud del Principado de Asturias

¹ Se relacionan en el ANEXO 1, en la página 222.

Contenido

PRESENTACIÓN.....	6
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE LA MADRE	10
FORMULARIO “VALORACIÓN EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA”	11
INTRODUCCIÓN.....	12
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN/EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA.....	14
INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN-EXPLORACIÓN	14
INDICADORES DE LA PESTAÑA RESULTADOS DE ANALÍTICAS.....	17
INDICADORES DE LA PESTAÑA VALORACIÓN PUERPERAL.....	18
FORMULARIO “MONITORIZACIÓN PRENATAL”	19
INTRODUCCIÓN.....	20
INDICADORES DEL FORMULARIO MONITORIZACIÓN PRENATAL	22
FORMULARIO “PARTOGRAMA”	24
INTRODUCCIÓN.....	25
INDICADORES DEL FORMULARIO PARTOGRAMA	27
INDICADORES DE LA PESTAÑA DILATACIÓN	27
INDICADORES DE LA PESTAÑA EXPULSIVO	30
INDICADORES DE LA PESTAÑA ALUMBRAMIENTO	31
INDICADORES DE LA PESTAÑA GESTACIÓN ACTUAL.....	31
FORMULARIO “VALORACIÓN PUERPERAL”	34
INTRODUCCIÓN.....	35
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN PUERPERAL.....	36
FORMULARIO “MEDICACIÓN PARTOS”	38
INTRODUCCIÓN.....	39
INDICADORES DEL FORMULARIO MEDICACIÓN PARTOS.....	40
FORMULARIO “NOTIFICACIÓN DE MORTINATO”	41
INTRODUCCIÓN.....	42
INDICADORES DEL FORMULARIO NOTIFICACIÓN DE MORTINATO	43
INDICADORES DE LA PESTAÑA “ANTECEDENTES Y GESTACIÓN-PARTO”	43
INDICADORES DE LA PESTAÑA “MORTINATO 1”	44

INDICADORES DE LA PESTAÑA “MORTINATO 2”	45
INDICADORES DE LA PESTAÑA “MORTINATO 3”	46
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LA MADRE Y DEL RECIÉN NACIDO EN SALA DE PARTOS	49
INTRODUCCIÓN.....	50
CUIDADOS DE LA MADRE	50
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.....	53
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO.....	54
FORMULARIO “VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO”	55
INTRODUCCIÓN.....	56
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO	57
FORMULARIO “CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO”	61
INTRODUCCIÓN.....	62
INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO.....	63
INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES	63
INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN.....	63
INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN	64
INDICADORES DE LA PESTAÑA PIEL Y MUCOSAS	64
INDICADORES DE LA PESTAÑA PRUEBAS	65
INDICADORES DE LA PESTAÑA INCUBADORA.....	65
FORMULARIO “OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA”	66
INTRODUCCIÓN.....	67
INDICADORES DEL FORMULARIO OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA.....	68
FORMULARIO “OTOEMISIONES”	70
INTRODUCCIÓN.....	71
INDICADORES DEL FORMULARIO TEST DE OTOEMISIONES.....	72
FORMULARIO “TEST DE FINNEGAN”	73
INTRODUCCIÓN.....	74
INDICADORES DEL FORMULARIO TEST DE FINNEGAN	76
FORMULARIO “NOTIFICACIÓN DE MORTINATO”	77
INTRODUCCIÓN.....	78
FORMULARIO “MORTINATO”	79
INTRODUCCIÓN.....	80
INDICADORES DEL FORMULARIO MORTINATO	81

PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.....	84
INTRODUCCIÓN.....	85
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.....	86
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO: EDAD 0 A 24 MESES....	87
VALORACIÓN.....	88
FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN.....	89
FORMULARIO “CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO.....	90
FORMULARIO “CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE”.....	91
INTRODUCCIÓN.....	92
INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE.....	93
FORMULARIO “VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO”.....	94
INTRODUCCIÓN.....	95
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO.....	96
FORMULARIO “PACIENTE CRÍTICO NEONATO”.....	98
INTRODUCCIÓN.....	99
INDICADORES DEL FORMULARIO PACIENTE CRÍTICO NEONATO.....	100
INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES Y PERFUSIONES.....	100
INDICADORES DE LA PESTAÑA AISLAMIENTO VÍA AÉREA.....	101
FORMULARIO “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 0-24 MESES”.....	102
INTRODUCCIÓN.....	103
CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 0 A 24 MESES.....	104
INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA 0-24 Meses”.....	106
“PESTAÑA DOMINIO 1-2-3”.....	106
PESTAÑA “DOMINIO 4”.....	107
PESTAÑA “DOMINIO 7”.....	108
PESTAÑA “DOMINIOS 10-11”.....	108
PESTAÑA “DOMINIO 12-13”.....	109
INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA 0-24 Meses 2ª Parte”.....	111
ANEXO A: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN.....	112
ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP:	
ESCALA BRADEN Q.....	113
ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN NEONATOS: ESCALA NIPS (NEONATAL INFANTS PAIN SCALE).....	117

ESCALA BPS (BEHAVIORAL PAIN SCALE).....	118
ESCALA PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE)	119
ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)	120
ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)	121
DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN.....	123
DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS ENTRE 0 Y 24 MESES, RESULTADOS E INTERVENCIONES	124
INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN NIÑOS DE 0 A 24 MESES	127
DOMINIO 1	127
DOMINIO 2	129
DOMINIO 3	132
DOMINIO 4	135
DOMINIO 7	137
DOMINIO 11	143
DOMINIO 12	152
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO: EDAD 2 A 14 AÑOS	153
VALORACIÓN	154
FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN	155
FORMULARIO “VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS”	156
INTRODUCCIÓN.....	157
CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN PEDIÁTRICA: NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS.....	158
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIATRÍA 2 A 14 AÑOS	161
PESTAÑA “DOMINIO 1-2-3”	161
PESTAÑA “DOMINIO 4-5”	163
PESTAÑA “DOMINIO 6-7”	164
PESTAÑA “DOMINIO 9”	165
PESTAÑA “DOMINIO 10-11”	165
PESTAÑA “DOMINIO 12-13”	166
INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIATRÍA NIÑOS 2 A 14 AÑOS. SEGUNDA PARTE	168
INDICADORES DE LAS SECCIONES DE DOMINIOS 5-6-7-9”	168
ANEXO B: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN	170

ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP	171
ESCALA BRADEN Q	171
ESCALA BRADEN	172
ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR	175
ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)	175
ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA). ESCALA DE CARAS	176
ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR	177
ESCALA DE CARAS	177
ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. 178	
ESCALA DE BARTHEL	178
DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN	181
DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS ENTRE 2 Y 14 AÑOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES	182
INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS	183
DOMINIO 1	183
DOMINIO 2	187
DOMINIO 3	190
DOMINIO 4	193
DOMINIO 6	200
DOMINIO 7	202
DOMINIO 9	205
DOMINIO 10	209
DOMINIO 11	210
DOMINIO 12	222
ANEXO 1	224
COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS EN EL PARTO Y AL NIÑO”	225
COLABORADORES	226

PRESENTACIÓN

En el año 2010, dentro del proyecto de Normalización de Cuidados de la Dirección de Calidad e Innovación Sanitaria de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, se habían unificado los procesos de cuidados de distintos grupos de pacientes, implementando la metodología enfermera, y diseñado los documentos necesarios para su registro en la Historia Clínica Electrónica.

Uno de estos procesos de cuidados unificado fue el de la madre y el niño.

El alcance de este proyecto incluyó a todos los hospitales de la Red Sanitaria de Utilización Pública de Asturias.

Estos registros forman parte de la Historia Clínica Electrónica de todos los hospitales de la Comunidad del Principado de Asturias.

También se ha implantado la metodología enfermera para la gestión del cuidado, aunque hasta ahora no se registraban los resultados en la fase de planificación, por cuestiones técnicas del programa informático.

En los últimos años se ha llevado a cabo un plan de mejora de cuidados y paralelamente se ha gestionado el desarrollo de la aplicación informática para que permita el registro del proceso enfermero completo. Una de las consecuencias de estos trabajos ha sido la introducción del establecimiento de resultados, utilizando la taxonomía NOC², en la fase de planificación del proceso de cuidados. Otra de las mejoras ha sido el cuidado de la seguridad del paciente.

Se han revisado por tanto los distintos procesos de cuidados y también todos los registros electrónicos, para adaptarlos a las necesidades de información de los profesionales y mejorar la calidad de los datos que en ellos se recogen. En este sentido, se han incluido los ítems necesarios para la obtención automática de indicadores en relación con la Estrategia de atención al parto normal y los relativos a la seguridad del paciente.

Se presentan en esta Guía los documentos que sirven de base para registrar las distintas fases del proceso enfermero de la madre, desde que se inicia la gestación hasta el alta hospitalaria, del niño sano, del niño ingresado de 0 a 24 meses y del niño ingresado de 2 a 14 años.

- **Valoración:** se han revisado los formularios que se estaban utilizando para dejar constancia de situaciones específicas del proceso de cuidados tanto de la gestante, la puérpera y el niño (formularios generales) como de necesidades de cuidados (Valoración enfermera).
También formarían parte de esta fase de valoración los formularios generales, en los que se recoge información sobre situaciones físicas del paciente (constantes, balance hídrico, control glucémico, estado de la piel y las heridas...) y que han sido publicados en la guía "Proceso de cuidados del paciente adulto hospitalizado", puesto que la información que se ha de documentar es la misma.
- **Diagnóstico:** se han revisado así mismo los diagnósticos más prevalentes en los niños, sus causas y manifestaciones.
- **Planificación:** resultados e intervenciones en relación a los diagnósticos prevalentes.

² Nursing Outcomes Classification.

- Ejecución: se ha determinado la periodicidad de las intervenciones para construir la agenda de cuidados en el programa informático y dejar constancia de la realización de cada una de las intervenciones programadas.
- Evaluación: se realiza a través de la NOC.

Para realizar esta revisión, se han recogido las propuestas de mejora de cada uno de los hospitales y se han tenido en cuenta las políticas institucionales sobre la Estrategia de atención al parto normal y Seguridad del paciente.

En el compromiso que asumimos en cuanto a la mejora de la calidad de los cuidados, aún queda mucho trabajo por hacer: definir los diagnósticos prevalentes en mujeres en el proceso de embarazo-parto, definir el contenido de los Informes de cuidados tanto de las madres como de los niños, incluir cuidados basados en evidencia... pero considero que el trabajo realizado hasta el momento constituye una bases sólida sobre la que seguir avanzando.

Este trabajo ha sido llevado a cabo por el grupo “Normalización de Cuidados en el parto y al niño”.

A todos ellos agradecemos el conocimiento, esfuerzo e ilusión que han puesto en este nuevo trabajo, enmarcado en el Proyecto de Normalización de Cuidados de la Dirección General de Planificación Sanitaria, del que son los verdaderos protagonistas.

Asimismo, agradecemos al Servicio de Salud del Principado de Asturias y a los Directores de Enfermería de los distintos hospitales su apoyo e implicación, sin los cuales sería imposible cualquier avance en la calidad de los cuidados.

Este documento se revisará de nuevo en el plazo de dos años para proseguir con la mejora de los procesos de cuidados de nuestros pacientes y su registro en la Historia Clínica Electrónica, de forma que recojan la información que los profesionales necesitan para mejorar la calidad de los procesos asistenciales.

Rosario Fernández Flórez

Responsable de la Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud del Principado de Asturias

En la redacción de este documento se ha seguido una serie de convenciones que se detallan a continuación, a modo de ejemplo.

FORMULARIO “EJEMPLO”

Formulario de registro y seguimiento³

INTRODUCCIÓN

En este apartado se describe en general la finalidad del formulario y sus características principales, así como su estructura. Se incluye también la información necesaria para explicar su funcionamiento.

→Nombre de la Sección del formulario	
Indicador 1 ⁴	Desplegable ⁵ : Valor 1 ⁶ Valor 2 Valor 3
Indicador 2	
<u>Indicador 3</u> ⁷	Query
Indicador 4	Multiselección: Valor M1 Valor M2 Valor M3 Valor M4

 Este símbolo señala al indicador que tiene una ayuda específica para su cumplimentación. Se consulta situando el cursor del ratón sobre este símbolo.

 Las celdas resaltadas en este color contienen valores que en el caso de que sean seleccionados, modificarán los valores que se muestran para seleccionar en otros indicadores.

 Las celdas resaltadas en este color muestran sólo determinados valores de todos los posibles, ya que en otro indicador previo se ha seleccionado algún valor que invalida los que no se muestran.

 Este símbolo significa que el indicador en el que se encuentra es de cumplimentación obligatoria.

 Este símbolo significa que el valor del indicador proviene de la cumplimentación de otro formulario, que se abre haciendo clic sobre él.

³ Aunque la mayor parte de los formularios utilizados son de Registro y Seguimiento, hay alguno que es únicamente de Registro puntual.

⁴ Los indicadores son los distintos campos en los que se va registrando la información.

⁵ Refleja el tipo de indicador. Los que admiten un solo valor son “desplegables”, mientras que los que admiten simultáneamente más de un valor son “multiselección”. También existen otros tipos de indicadores, como los de texto libre, tipo fecha, tipo hora, numéricos, de resultados, etc.

⁶ Se describen en esta columna los diferentes valores que se pueden seleccionar de cada uno de los indicadores.

⁷ El subrayado indica que se trata de un indicador de tipo query que consulta la información de otro indicador.

INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN NIÑOS

DOMINIO X				
XXXXX⁸ DIAGNÓSTICO	Texto en azul: Factor relacionado o de riesgo que no figura en la taxonomía NANDA-I	Texto en azul: Característica Definitoria que no figura en la taxonomía NANDA-I	XXXX RESULTADO NOC XXXXXX Indicador NOC	XXXX INTERVENCIÓN NIC AA Texto en azul ⁹ : Actividad de la intervención de referencia

⁸ Código de 5 cifras del diagnóstico NANDA

⁹ Aunque se ha decidido que en el plan de cuidados consten únicamente las intervenciones, se han determinado algunas actividades que es necesario planificar, ya que han de realizarse con distinta periodicidad que la intervención que la contiene, o elegir una de varias opciones.

DOCUMENTACIÓN DEL
PROCESO DE CUIDADOS DE
LA MADRE

FORMULARIO “VALORACIÓN EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

Este formulario recoge la información necesaria para documentar el estado de la gestante en cualquier momento del proceso asistencial, o de la puérpera tras el alta hospitalaria. En el postparto inmediato la matrona o la enfermera de hospitalización, dependiendo del centro, registrarán los datos de la puérpera en el formulario de “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 agrupados 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 normalizada, 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: Aunque se han especificado en el formulario las presentaciones más habituales, se detallan a continuación los tipos de 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 “Otras especificar” relacionado con “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.

Esta variedad de presentación se puede 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	Fecha
Edad gestacional	Fórmula
Tipo de gestación	Desplegable: Única Múltiple: gemelar Múltiple: trillizos Múltiple: cuatrillizos Múltiple: más de cuatro
Más de cuatro fetos (especificar)	
Embarazo de alto riesgo	Desplegable: Sí No
Motivo alto riesgo (especificar)	Multiselección: Cirugía ginecológica previa Diabetes Hipertensión Hipertiroidismo Malos antecedentes obstétricos Prematuridad Otros
Otros (especificar)	
Altura (cm)	
Peso (Kg)	
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		
Grupo y Rh	Desplegable:	A negativo A positivo AB negativo AB positivo B negativo B positivo 0 negativo 0 positivo
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

	Compleja Otra
Otra (especificar)	
Posición del útero	
Posición fetal 	
Observaciones	
→ Bolsa	
Estado de la bolsa	Desplegable: Íntegra Rota Dudosa
Aspecto del líquido amniótico	Desplegable: Claro Teñido + (Amarillento) Teñido ++ (Verde) Teñido +++ (Meconio) Sanguinolento No fluye líquido No procede
Cantidad líquido amniótico	Desplegable: Normal Escasa Abundante No fluye líquido No procede
Rotura de bolsa 	Desplegable: Espontánea prematura Espontánea precoz Espontánea tempestiva Artificial No procede
Fecha de la rotura	Fecha
Hora de la rotura	Hora
Observaciones	
Amnioscopia	Desplegable: No posible Dudosa Negativa Positiva
Monitorización o test no estresante	
Observaciones	
Avisado ginecólogo	Desplegable: Sí No
Otros (especificar)	
Derivación	Desplegable: Domicilio Ingreso en obstetricia Ingreso en partos Traslado al HUCA
→ Diagnóstico por exploración	
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)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA RESULTADOS DE ANALÍTICAS

→ Resultados de analíticas	
S. Toxoplasmosis	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado Posible seroconversión
Inmunidad frente a la rubeola (IgG)	Desplegable: Negativo Positivo Indeterminado Vacunación correcta documentada Rechaza
Infección VIH	Desplegable: Negativo Positivo Rechaza
Cultivos (SGB)	Desplegable: Negativo Positivo No realizado
Sífilis (EIA-CLIA o TPHA+RPR)	Desplegable: Negativo Positivo Indeterminado Rechaza
Portadora del virus VHB (HBsAg)	Desplegable: Negativo Positivo Rechaza
Portadora del virus VHB (HBsAg) (detalle)	
Observaciones	
Alfafetoproteína	Desplegable: Normal Patológico
Test de O'Sullivan	Desplegable: Normal Patológico No realizado
Curva de glucemia (100 gr)	Desplegable: Normal Patológico (2 determinaciones alteradas) Indeterminado (1 determinación)

	alterada) No realizado
Hemograma	
Análítica 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	Fórmula
Episiotomía	Desplegable: No Media Media lateral derecha Media lateral izquierda No procede
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: Sí 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 vitales y somatometría.

FORMULARIO
“MONITORIZACIÓN
PRENATAL”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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 necesarios para la “Clasificación del registro cardiotocográfico” y la “Prueba de Pose”.

Clasificación del registro cardiotocográfico

Se recoge la información necesaria para determinar el bienestar fetal. Se analizan cuatro parámetros:

- Línea de base.
- Variabilidad.
- Deceleraciones.
- Aceleraciones.

Según los valores de cada uno de ellos, se clasifica el registro como:

- **Normal o tranquilizador**, cuando los cuatro criterios son normales.
- **Atípico o poco tranquilizador**, cuando un criterio es atípico y el resto normales.
- **Anormal o patológico**, cuando dos criterios son atípicos, o uno es anormal.

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	
Motivos de la monitorización	Multiselección: Control Gestación prolongada RPM Hipertensión Diabetes CIR Oligoamnios Amenaza de parto prematuro Gestación múltiple Pródromos Otras
Otras (especificar)	
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
FUR	Fecha
Fecha probable de parto	Fórmula
Edad gestacional	Fórmula
Tipo de gestación	Desplegable: Única Múltiple: gemelar Múltiple: trillizos Múltiple: cuatrillizos Múltiple: más de cuatro
Albuminuria	Desplegable: Negativa + ++ +++
Observaciones tira reactiva de orina 	
Ayunas	Desplegable: Sí No
Maduración	Desplegable: No Dinoprostona 10 mg Dinoprostona 0,5 mg Misoprostol 200 mcg Misoprostol 25 mcg Otros
Otros (especificar)	
Tocolisis	Desplegable: Atosibán Ritodrine Otros
Otros (especificar)	

Dinámica uterina	Desplegable: Ausente Irregular Regular
Versión externa	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ Registro cardiotocográfico	
Línea de base FCF (latidos/minuto)	Desplegable: 110-160 (Normal) 100-109 (Poco tranquilizador) >160 <30 minutos (Poco tranquilizador) Creciente (Poco tranquilizador) < 100 (Patológico) > 160 > 30 minutos (Patológico) Errática (Patológico)
Variabilidad (latidos/minuto)	Desplegable: 5-25 (Normal) <5 (durante 40´-80´) (Poco tranquilizador) <5 (más de 80´) (Patológico) > 25 (más de 10´) (Patológico) Patrón sinusoidal (Patológico)
Deceleraciones	Desplegable: Ninguna (normal) < 30" (normal) 30-60" (poco tranquilizador) > 60" (patológico) Tardía (patológico)
Aceleraciones FCF	Desplegable: Presentes (Normal) Ausentes (Poco tranquilizador)
Resultado	Fórmula
Movimientos fetales	Desplegable: Presentes (más de 6 en dos horas) Ausentes (menos de 6 en dos horas)
Estimulación	Desplegable: Sí No
Prueba de oxitocina (Prueba de Pose)	Desplegable: Negativo o normal Positiva o patológica Sospechosa Hiperestimulación uterina Insatisfactoria
Avisado ginecólogo	Desplegable: Sí No
Observaciones	

Accesos directos: Constantes vitales y Somatometría, y Catéteres.

FORMULARIO “PARTOGRAMA”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

El objetivo del documento es la recogida de datos en relación al parto; también recoge aquellos datos del recién nacido (uno o varios) que han de formar parte de la historia de la madre, de forma automática, una vez se han cumplimentado éstos en las respectivas historias clínicas de cada recién nacido. Estos datos pueden ser recogidos por matronas, ginecólogos, enfermeras de pediatría o pediatras.

Se utiliza en la 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 muestran en el “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 amnioinfusión, posición de la madre durante la prueba, intervenciones que se llevan a cabo para paliar el dolor...)
- **Otros datos:** Retracción uterina, o 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”.

Consulte la sección de 0 en la página 12 para conocer los detalles de las presentaciones.

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 relativa a:

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

Pestaña Gestión Actual.

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

En las pestañas descritas, a excepción de Gestión Actual, se han incluido datos procedentes de la/s historia/s clínica/s del/de los recién nacido/s que por su interés deben constar en la historia clínica de la madre:

- **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...

Teniendo en cuenta el flujo de trabajo habitual, en el que se registran en primer lugar los datos relativos al parto y posteriormente se registran los datos relativos a los recién nacidos (en sus respectivas historias clínicas) se hace necesario realizar finalmente una última toma del formulario Partograma, seleccionando los datos previos, de forma que se incorporen automáticamente los datos pertinentes de las historias de los recién nacidos, y consten así en la historia clínica de la madre.

IMPORTANTE: se ha diseñado este formulario de modo que se puedan obtener automáticamente los datos en relación con los indicadores de la Estrategia de Atención al Parto Normal; **para ello es imprescindible cumplimentar los indicadores precedidos por las siglas EAPN.**

INDICADORES DEL FORMULARIO PARTOGRAMA

INDICADORES DE LA PESTAÑA DILATACIÓN

→ Dilatación	
EAPN Comienzo del parto	Desplegable: Espontáneo Inducción Cesárea
Tipo de gestación	Desplegable: Única Múltiple: gemelar Múltiple: trillizos Múltiple: cuatrillizos Múltiple: más de cuatro
Más de cuatro fetos (especificar)	
Hora de fase activa de parto 	Hora
Horas de fase activa de parto	Fórmula
Hora de comienzo de inducción	Hora
Horas de inducción	Fórmula
EAPN Plan de parto 	Desplegable: No Baja intervención Medicalizado
Maduración	Desplegable: No Dinoprostona 10 mg Dinoprostona 0,5 mg Misoprostol 200 mcg Misoprostol 25 mcg Otros
Especificar número de dosis	
EAPN Indicación de inducción	Multiselección: RPM Patología fetal Patología materna Gestación prolongada Otras causas No procede
Otras causas: especificar	
Indicación de cesárea electiva 	Multiselección: Presentación podálica Dos o más cesáreas previas Embarazo múltiple Placenta previa Enfermedad materna Otras No procede
Otras especificar	
Observaciones	
→ Tacto vaginal	
Dilatación (cm)	Desplegable: Valores de 0 a 10
Fecha y hora de dilatación completa	Fecha y hora
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 Compleja Otras
Otras (especificar)	
Posición fetal	
Observaciones	
→ Bolsa	
Estado de la bolsa	Desplegable: Íntegra Rota Dudosa
Resultado de tira reactiva de detección líquido amniótico	Desplegable: Positiva Negativa No procede
Aspecto del líquido amniótico	Desplegable: Claro Teñido + (Amarillento) Teñido ++ (Verde) Teñido +++ (Meconio) Sanguinolento No fluye líquido No procede
Cantidad líquido amniótico	Desplegable: Normal Escasa Abundante No fluye líquido No procede
Rotura de bolsa	Desplegable: Espontánea prematura Espontánea precoz Espontánea tempestiva Artificial No procede
Fecha y hora de la rotura de bolsa RN1	Fecha y hora
Fecha y hora de la rotura de bolsa RN2	Fecha y hora

Fecha y hora de la rotura de bolsa RN3	Fecha y hora
Fecha y hora de la rotura de bolsa RN4	Fecha y hora
Tiempo de bolsa rota	Fórmula
Observaciones	

→ Registro cardiotocográfico	
Monitorización materna	Desplegable: No Externa continua Externa discontinua Interna
Intensidad de contracciones	Desplegable: Leves Moderadas Fuertes
Contracciones en 10´	Desplegable: 1-2 3-5 >5
Monitorización fetal	Desplegable: No Externa continua Externa discontinua (monitor) Externa discontinua (doppler) Interna
Registro fetal 	Resultado Test Bienestar Fetal
Especificar alteración	
pH intraparto	Número dos decimales
Pulsioximetría fetal (%)	Desplegable: 0-30 30-60 >60
Amnioinfusión	Desplegable: Sí No
Posición materna	Desplegable: DLD DLI DS Sentada Deambulando Semi-Fowler Otra
Otra (especificar)	
Observaciones	
→ Otros	
EAPN Manejo del dolor	Multiselección: Ducha Masaje Pelota Inyección en rombo Michaelis Sedación Locorregional Óxido nitroso Otro
Otro especificar	

Vaciado de vejiga	Desplegable: No Micción espontánea Sondaje evacuador Sondaje permanente
EAPN Administración de Oxitocina durante la dilatación	Desplegable: Sí No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA EXPULSIVO

→ Parto	
<u>EAPN Maniobras durante el parto</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>EAPN Última maniobra con la que culmina el parto</u>	Query a los 4 recién nacidos
Fecha y hora de nacimiento RN1	Fecha y hora
Fecha y hora de nacimiento RN2	Fecha y hora
Fecha y hora de nacimiento RN3	Fecha y hora
Fecha y hora de nacimiento RN4	Fecha y hora
<u>Sexo</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Peso al nacer (gr)</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Longitud al nacer (cm)</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Apgar minutos 1-5-10</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Grupo y Rh</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Indicación de parto instrumental o cesárea no electiva</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Otro (especificar)</u>	Query a los 4 recién nacidos
Duración de la fase de expulsivo (min)	Fórmula
Código pulsera identificativa materno-filial	
EAPN Episiotomía	Desplegable: No Media Media lateral derecha Media lateral izquierda No procede
Episiotomía previa	Desplegable: Sí No
EAPN Desgarros	Multiselección: No Desgarro I Desgarro II Desgarro III a Desgarro III b Desgarro III c Desgarro IV Desgarro cérvix No procede
Sutura (especificar)	
Revisión vaginal	Desplegable: Sí No
Tacto rectal	Desplegable: Sí No

EANP Administración de Oxitocina durante el expulsivo	Desplegable: Sí No No procede
EAPN Profesionales que atienden el parto 	Desplegable: Matrona Ginecólogo Ambos
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ALUMBRAMIENTO

→ Alumbramiento	
Fecha y hora de alumbramiento RN1	Fecha y hora
Fecha y hora de alumbramiento RN2	Fecha y hora
Fecha y hora de alumbramiento RN3	Fecha y hora
Fecha y hora de alumbramiento RN4	Fecha y hora
<u>Duración de la fase de alumbramiento (min.)</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Tipo de alumbramiento</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Características de la placenta</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Otras especificar</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Peso de la placenta (g)</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Membranas</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>EAPN Pinzamiento del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Nº de vasos del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Inserción del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Longitud del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Cordón corto (cm)</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Anomalías del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>pH sangre del cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
<u>Donación sangre de cordón</u>	Query a los 4 recién nacidos
Hemorragia	Desplegable: Escasa Normal Moderada Abundante
Contracción útero (Globo de seguridad)	Desplegable: Sí No
Vaciado de la vejiga	Desplegable: No Micción espontánea Sondaje evacuador Sondaje permanente
Administración de Oxitocina después del alumbramiento	Desplegable: Sí No
Actualizada fecha y hora de nacimiento	Desplegable: Sí No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA GESTACIÓN ACTUAL

→ Gestación actual	
FUR	Fecha
Edad gestacional	Fórmula

Observaciones	
→ Antecedentes obstétricos	
Gestaciones (G)	Desplegable: GO a G9
Partos (P)	Desplegable: PO a P9
EAPN 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 negativo A positivo AB negativo AB positivo B negativo B positivo O negativo O positivo
Coombs indirecto	Desplegable: Negativo Positivo
Observaciones	
→ Resultados analíticas	
Serología Toxoplasmosis	Desplegable: Dudoso Inmune No inmune No realizado Posible seroconversión
Inmunidad frente a la Rubeola (IgG)	Desplegable: Negativo Positivo Indeterminado Vacunación correcta documentada Rechaza
Infección VIH	Desplegable: Negativo Positivo Rechaza
Cultivos (SGB)	Desplegable: Negativo Positivo No realizado
Sífilis (EIA-CLIA o TPHA-RPR)	Desplegable: Negativo Positivo Indeterminado Rechaza
Portadora del virus VHB (HBsAg)	Desplegable: Negativo Positivo Rechaza
Portadora del virus VHB (HBsAg) (detalle)	
Observaciones	

Las queries de este formulario deben tener, para su cálculo, un límite, de manera que no vuelvan a capturar en este partograma concreto, datos de otros recién nacidos que pueda haber de embarazos previos. Este límite podría estar fijado en 6 meses a partir de la fecha de nacimiento del primer recién nacido.

Accesos directos a los formularios de Catéteres, Constantes vitales y Somatometría, Sondas, Control Glucémico, asignar agrupación de cuidados, crear petición, asignar protocolo de peticiones y Protocolo Medicación Partos.

BORRADOR

FORMULARIO “VALORACIÓN PUERPERAL”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

El objetivo del documento es el registro de datos de la evolución física de la puérpera en el puerperio inmediato, **durante la estancia de ésta en el hospital.**

Anotan los datos las matronas y/o las enfermeras de obstetricia.

Se recogen datos de:

- **Recuperación de la movilidad** en los casos en los en que se administró anestesia locorregional.
- **Seguimiento de la involución uterina:** altura uterina, posición del útero...
- **Evaluación de las pérdidas:** cantidad y características de éstas.
- **Datos en relación al parto:** se obtienen del partograma.
- **Tipo de lactancia:** se obtiene del formulario de control del recién nacido.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN PUERPERAL

→ Valoración puerperal	
Fecha/hora de parto RN1	Fecha/hora
FUR	Fecha
Edad gestacional	Fórmula
EAPN Última maniobra con la que culmina el parto	Desplegable: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea no electiva Cesárea electiva Nalgas espontáneo Nalgas ayuda manual Nalgas gran extracción
EAPN Episiotomía	Desplegable: No Media Media lateral derecha Media lateral izquierda No procede
EAPN Desgarros	Multiselección: No Desgarro I Desgarro II Desgarro III a Desgarro III b Desgarro III c Desgarro IV Desgarro cérvix No procede
Analgesia locorregional	Desplegable: Sí No
Valoración postanalgesia locorregional	Multiselección: Sensibilidad completa Sensibilidad disminuida Sensibilidad ausente Movilidad completa Movilidad disminuida Movilidad ausente
Altura uterina	Desplegable: Nivel ombligo +1/ +2 - 1/ -2
Consistencia uterina	Desplegable: Firme Blanda
Posición uterina	Desplegable: Central Lateral derecho Lateral izquierdo
Loquios cantidad	Desplegable: Escasos Normales Abundantes
Loquios	Desplegable: Normales Patológicos

Loquios patológicos (especificar)	
Tolerancia oral	Desplegable: Sí No No procede
Micción espontánea	Desplegable: Sí No
1ª Deposición	Desplegable: Sí No
Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Inmunización Anti-D	Desplegable: Sí No
Lote (núm.)	
Observaciones	

Accesos directos a los formularios de Heridas quirúrgicas, Otras lesiones, Catéteres, Constantes vitales y Somatometría y Asignar agrupación de cuidados.

FORMULARIO “MEDICACIÓN PARTOS”

Formulario de registro

INTRODUCCIÓN

Este formulario recoge la prescripción que realizan las matronas, contemplada en un protocolo previamente consensuado con facultativos obstetras y ginecólogos y autorizado por la dirección del centro.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO MEDICACIÓN PARTOS

→ Medicación parto	
Uso de oxitocina	Multiselección: No Prueba de Posse Dilatación Expulsivo Alumbramiento Postparto
Hora inicio oxitocina	Fecha y hora
Ritmo (mL/h)	Numérico
Sueros	Desplegable: Ringer Lactato Fisiológico 0,9% Glucosado 5% Glucosado 10% Voluven 6% Otros
Otros (especificar)	Texto libre corto
Volumen administrado (cc)	Numérico
Ampicilina	Desplegable: Primera dosis 2g IV Segunda dosis 1g IV Tercera dosis 1g IV Cuarta dosis 1g IV Quinta dosis 1g IV
Eritromicina	Desplegable: Primera dosis 500 mg IV Segunda dosis 500 mg IV Tercera dosis 500 mg IV Cuarta dosis 500 mg IV Quinta dosis 500 mg IV
Penicilina	Desplegable: Primera dosis 5 MMU IV Segunda dosis 2,5 MMU IV Tercera dosis 2,5 MMU IV Cuarta dosis 2,5 MMU IV Quinta dosis 2,5 MMU IV
Otros antibióticos	Texto libre largo
Otros fármacos	Texto libre largo
→ Observaciones generales	
Observaciones	Texto libre largo

Accesos directos: Partograma, Catéteres, Balance hídrico, Asignar agrupación de Cuidados y Actividades paciente.

FORMULARIO “NOTIFICACIÓN DE MORTINATO”

Formulario de registro

INTRODUCCIÓN

Existen situaciones en las que el parto ha de ser inducido debido a la muerte fetal. Incluso esta muerte fetal puede producirse también durante el proceso del parto o en los instantes inmediatamente posteriores al mismo.

En los dos primeros supuestos no se genera la historia clínica del neonato, por lo que no existe un soporte documental para los datos relacionados con el feto.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, la necesidad de que estos datos queden debidamente registrados en la historia clínica materna, y la obligatoriedad de notificar estos casos a la Consejería de Salud Pública, se ha diseñado un formulario que permite el registro y notificación del caso en la historia clínica de la madre.

Para la correcta utilización de este formulario es preciso prestar atención al primero de sus indicadores, *“Motivo de apertura del formulario”*:

- Se elegirá el valor *“Notificar nuevo mortinato”* la primera vez que se registre un nuevo caso. Si hubiera más de un mortinato en el mismo embarazo, se cumplimentaría este mismo valor en el indicador de la pestaña correspondiente, ya que dispone de hasta 3 posibles casos.
- Se elegirá el valor *“Completar información de notificación previa”* cuando se necesite registrar información complementaria no conocida en el momento de la notificación inicial (resultados de pruebas complementarias, necropsia, etc.)

Dado que el periodo de mortalidad perinatal abarca desde la semana 22 de embarazo hasta los 28 días de vida del recién nacido, cabe la posibilidad de que esta muerte se produzca en la unidad de Pediatría o Neonatología, y que deban ser los pediatras o neonatólogos quienes deban cumplimentar este formulario, en cuyo caso el registro se realizaría en la historia clínica del recién nacido.

INDICADORES DEL FORMULARIO NOTIFICACIÓN DE MORTINATO

INDICADORES DE LA PESTAÑA “ANTECEDENTES Y GESTACIÓN-PARTO”

→ Antecedentes	
Gestaciones (G)	Desplegable: G0 a G9
Partos (P)	Desplegable: P0 a P9
Cesáreas (C)	Desplegable: C0 a C9
Abortos espontáneos (AE)	Desplegable: AE0 a AE9
Abortos inducidos (AI)	Desplegable: AI0 a AI9
Vivos (V)	Desplegable: V0 a V9
Muertos (M)	Desplegable: M0 a M9
Patología materna previa	Desplegable: Sí No
Diabetes previa, a tratamiento farmacológico	Desplegable: Sí No
Hipertensión previa, a tratamiento farmacológico	Desplegable: Sí No
Otra patología (Especificar)	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo
→ Gestación y Parto	
ECO 12 semanas	Desplegable: Sí No
ECO 20 semanas	Desplegable: Sí No
Técnicas invasivas	Desplegable: Sí No
Fecha técnicas invasivas	Fecha
Test combinado Síndr. Down	Desplegable: No realizado Bajo Precisa estudios
Test combinado Síndr. Edwards	Desplegable: No realizado Bajo Precisa estudios
Técnicas reproducción asistida	Desplegable: Sí No
Especificar técnicas de reprod. asistida	Texto libre largo
Patología durante la gestación	Desplegable: Sí No
Enfermedad Hipertensiva del embarazo	Desplegable: Sí No
Clínica de Corioamnionitis	Desplegable: Sí No
Otra patología durante la gestación (Especificar)	Texto libre largo
Inicio del parto	Desplegable: Espontáneo Inducción
Terminación del parto	Desplegable: Eutócico Instrumental Cesárea

Gestación múltiple	Desplegable: Sí No
Nº mortinatos en este parto	Desplegable: 1 2 3

INDICADORES DE LA PESTAÑA “MORTINATO 1”

Motivo de apertura del formulario	Desplegable: Notificar nuevo mortinato Completar información de notificación previa
→ Gestación y Parto	
Nº orden	Numérico entero
Semanas de gestación	Numérico entero
Presentación	Desplegable: Cefálica Podálica Compleja Otra
Otra presentación (Especificar)	Texto libre corto
Fecha y hora del parto	Fecha y hora
Lugar del parto	Desplegable: Paritorio hospitalario Otro
Otro lugar de parto (Especificar)	Texto libre corto
Observaciones	Texto libre largo
→ Recién nacido	
Nombre y apellidos	Texto libre largo
Número de Historia Clínica	Texto libre corto
Nacido	Desplegable: Vivo Muerto
Muerte fetal	Desplegable: Antes del trabajo de parto Durante el trabajo de parto Tras el nacimiento
Fecha de fallecimiento	Texto libre corto
Sexo	Desplegable: Hombre Mujer Indeterminado
Peso (gr)	Numérico entero
Apgar 1'	Numérico entero
Apgar 5'	Numérico entero
Apgar 10'	Numérico entero
Reanimación	Desplegable: Sí No
Observaciones	Texto libre largo
→ Causas de la defunción	
Enfermedad o condición PRINCIPAL que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones que contribuyeron al éxitus	Texto libre largo

Enfermedad o condición PRINCIPAL de la madre que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones de la madre que afectaron al feto/RN	Texto libre largo
Otras circunstancias pertinentes	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo
→ Otros datos	
■ Necropsia	Desplegable: Sí No No procede
Resultado de la necropsia	Texto libre largo
■ Cariotipo	Desplegable: Sí No
Resultado del cariotipo	Texto libre largo
■ Histología placentaria	Desplegable: Sí No
Resultado de histología placentaria	Texto libre largo
■ Otras pruebas realizadas	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo

INDICADORES DE LA PESTAÑA "MORTINATO 2"

■ Motivo de apertura del formulario	Desplegable: Notificar nuevo mortinato Completar información de notificación previa
→ Gestación y Parto	
■ N° orden	Numérico entero
■ Semanas de gestación	Numérico entero
■ Presentación	Desplegable: Cefálica Podálica Compleja Otra
Otra presentación (Especificar)	Texto libre corto
Fecha y hora del parto	Fecha y hora
■ Lugar del parto	Desplegable: Paritorio hospitalario Otro
Otro lugar de parto (Especificar)	Texto libre corto
Observaciones	Texto libre largo
→ Recién nacido	
Nombre y apellidos	Texto libre largo
Número de Historia Clínica	Texto libre corto
■ Nacido	Desplegable: Vivo Muerto
■ Muerte fetal	Desplegable: Antes del trabajo de parto Durante el trabajo de parto Tras el nacimiento
■ Fecha de fallecimiento	Texto libre corto
■ Sexo	Desplegable: Hombre

	Mujer Indeterminado
■ Peso (gr)	Numérico entero
■ Apgar 1'	Numérico entero
■ Apgar 5'	Numérico entero
■ Apgar 10'	Numérico entero
■ Reanimación	Desplegable: Sí No
Observaciones	Texto libre largo
→ Causas de la defunción	
Enfermedad o condición PRINCIPAL que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones que contribuyeron al éxitus	Texto libre largo
Enfermedad o condición PRINCIPAL de la madre que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones de la madre que afectaron al feto/RN	Texto libre largo
Otras circunstancias pertinentes	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo
→ Otros datos	
■ Necropsia	Desplegable: Sí No No procede
Resultado de la necropsia	Texto libre largo
■ Cariotipo	Desplegable: Sí No
Resultado del cariotipo	Texto libre largo
■ Histología placentaria	Desplegable: Sí No
Resultado de histología placentaria	Texto libre largo
■ Otras pruebas realizadas	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo

INDICADORES DE LA PESTAÑA "MORTINATO 3"

■ Motivo de apertura del formulario	Desplegable: Notificar nuevo mortinato Completar información de notificación previa
→ Gestación y Parto	
■ Nº orden	Numérico entero
■ Semanas de gestación	Numérico entero
■ Presentación	Desplegable: Cefálica Podálica Compleja Otra
Otra presentación (Especificar)	Texto libre corto
Fecha y hora del parto	Fecha y hora

Lugar del parto	Desplegable: Paritorio hospitalario Otro
Otro lugar de parto (Especificar)	Texto libre corto
Observaciones	Texto libre largo
→ Recién nacido	
Nombre y apellidos	Texto libre largo
Número de Historia Clínica	Texto libre corto
Nacido	Desplegable: Vivo Muerto
Muerte fetal	Desplegable: Antes del trabajo de parto Durante el trabajo de parto Tras el nacimiento
Fecha de fallecimiento	Texto libre corto
Sexo	Desplegable: Hombre Mujer Indeterminado
Peso (gr)	Numérico entero
Apgar 1'	Numérico entero
Apgar 5'	Numérico entero
Apgar 10'	Numérico entero
Reanimación	Desplegable: Sí No
Observaciones	Texto libre largo
→ Causas de la defunción	
Enfermedad o condición PRINCIPAL que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones que contribuyeron al éxitus	Texto libre largo
Enfermedad o condición PRINCIPAL de la madre que afectó al feto/RN	Texto libre largo
Otras enfermedades o condiciones de la madre que afectaron al feto/RN	Texto libre largo
Otras circunstancias pertinentes	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo
→ Otros datos	
Necropsia	Desplegable: Sí No No procede
Resultado de la necropsia	Texto libre largo
Cariotipo	Desplegable: Sí No
Resultado del cariotipo	Texto libre largo
Histología placentaria	Desplegable: Sí No
Resultado de histología placentaria	Texto libre largo
Otras pruebas realizadas	Texto libre largo
Observaciones	Texto libre largo

Existe un bug que se solucionará en SP12 por el cual los campos de fecha y hora no pueden ser obligatorios, si tienen asociada una condición.

Accesos directos: No tiene.

BORRADOR

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

INTRODUCCIÓN

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

6830 CUIDADOS INTRAPARTO

Definición:

Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.

Actividades:

- Preparar a la paciente para el parto según protocolo, solicitud del practicante y las preferencias de la paciente.
- Aplicar monitor electrónico fetal, según protocolo o si procede, para obtener información adicional.
- Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.
- Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (masajes simples, effleurage [masaje en la dirección de la corriente venosa, pelota, ducha, calor...]).
- Proporcionar cubitos de hielo, toallitas húmedas o caramelos duros.
- Ayudar al cuidador de parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo durante los dolores.
- Observar los efectos de la medicación en la madre y en el feto.
- Ayudar con la analgesia/anestesia local, si procede.
- Realizar o ayudar en la amniotomía, si procede.
- Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes regularmente.
- Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación cervical, posición y descenso fetal.
- Mantener a la paciente y al cuidador de parto informados de los progresos.
- Realizar examen vaginal para determinar la dilatación cervical completa, posición fetal y etapa.
- Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.
- Preparar los suministros de parto.

5270_r_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.

1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO

Definición:

Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

- Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.
- Seleccionar y poner en marcha intervenciones adaptadas a los riesgos, beneficios y preferencias del paciente (p. ej., farmacológicos, no farmacológicos, interpersonales) para facilitar el alivio del dolor, según corresponda.

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.

5244 ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

Definición:

Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.

Actividades

- Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna.
- Determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna, así como su percepción de la misma.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la lactancia materna.
- Proporcionar a la madre la oportunidad de dar lactancia tras el parto, cuando sea posible.
- Ayudar a asegurar que el lactante se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).
- Evaluar la capacidad del lactante para mamar.
- Ayudar a determinar la necesidad de tomas de alimentación suplementarias, chupetes y pezoneras.
- Explicar los signos y síntomas que requieren ser notificados al profesional sanitario o a un asesor sobre lactancia.
- Ofrecer instrucciones para el alta y organizar los cuidados de seguimiento adaptados a las necesidades específicas de la paciente (p. ej., madre de un lactante a término sano, gemelos, lactante prematuro o lactante enfermo).
- Enseñar a la madre a consultar a su profesional sanitario antes de tomar cualquier medicamento durante el período de lactancia, incluidos fármacos sin receta y anticonceptivos orales.

1750 CUIDADOS PERINEALES

Definición:

Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades:

- Ayudar con la higiene.
- Mantener el periné seco.
- Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía, laceración, circuncisión).
- Aplicar frío en la zona, según corresponda.
- Documentar las características del drenaje.
- Proporcionar analgésicos, cuando esté indicado.
- Instruir al paciente o a los allegados, si es adecuado, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (p. ej., infección, dehiscencia cutánea, exantema, exudado anómalo).

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 minutos 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 RECIÉN
NACIDO/NEONATO**

FORMULARIO “VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO”

Formulario de registro

INTRODUCCIÓN

En este formulario se registra la información en relación con la valoración del recién nacido, inmediatamente después del nacimiento. Comienza por tanto a introducirse en la sala de partos.

Los datos ha de documentarlos la persona que los recoge, ya sea la matrona o la enfermera de pediatría.

Parte de la información que consta en este registro, pasa automáticamente a la historia clínica de la madre, al Partograma y otros formularios, y viceversa puesto que son datos importantes tanto para la madre como para el niño.

La información se agrupa bajo los siguientes títulos:

- **Recién nacido:** se recogen datos relacionados con el parto, características del cordón, contacto piel con piel, la lactancia materna y demás datos relacionados con la Estrategia de Atención al Parto Normal. Éstos pasarán automáticamente a la historia de la madre, al Partograma.
- **Información sobre la reanimación**, si ha sido necesaria.
- **Otros datos** relativos a las primeras horas de vida, como si ha efectuado micción o expulsado meconio.
- **Protocolo del recién nacido:** se deja constancia de que cada una de las actividades de este protocolo ha sido realizada.
- **Datos maternos:** información que se recoge automáticamente de la historia clínica materna.

Cumplimentación:

Cada dato de este formulario se cumplimenta una sola vez, y habitualmente es introducido por distintos profesionales, matronas o enfermeras de pediatría, y en distintos momentos según los flujos de trabajo de cada centro, lo que determina que para completar la información, pueda ser necesario hacer más de una toma.

Al incluir campos obligatorios, imprescindibles para garantizar la calidad de los datos, en tomas sucesivas es necesario “seleccionar anteriores” y aceptar la toma. **El responsable de la exactitud del dato, es la primera persona que lo registra.**

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO

→ Recién nacido	
Maniobras durante el parto 	Multiselección: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea no electiva Cesárea electiva Nalgas espontáneo Nalgas ayuda manual Nalgas gran extracción
EAPN Última maniobra con la que culmina el parto	Desplegable: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea no electiva Cesárea electiva Nalgas espontáneo Nalgas ayuda manual Nalgas gran extracción
<u>Edad gestacional</u>	Query a la historia de la madre
Fecha y hora de nacimiento	Fecha/hora
Código pulsera identificativa materno-filial	Texto corto
Indicación de parto instrumental o cesárea no electiva	Desplegable: RPBF Detención de la primera fase del parto Detención de la segunda fase del parto Ayuda expulsivo Otro No procede
Otro (especificar)	
Fecha y hora de la rotura de la bolsa	Fecha/hora
Tiempo de bolsa rota	Fórmula
Fecha y hora de alumbramiento	Fecha/hora
Duración de la fase de alumbramiento (min.)	Fórmula
Tipo de alumbramiento	Desplegable: Espontáneo Dirigido Extracción manual
Características de la placenta	Multiselección: Completa Incompleta Calcificada Cotiledón aberrante Otras
Otras (especificar)	

Peso de la placenta (g)	
Membranas	Desplegable: Completas Incompletas Desgarradas
EAPN Pinzamiento del cordón	Desplegable: 0-59seg 60-119 seg >=120 seg Cuando deja de latir
Nº de vasos del cordón	Desplegable: 3 2
pH sangre del cordón	Número dos decimales
Inserción del cordón	Desplegable: Central Lateral Marginal Velamentosa
Longitud del cordón	Desplegable: Normal Corto Largo
Cordón corto (especificar cm)	
Donación sangre de cordón	Desplegable: Sí No
Anomalías del cordón	Multiselección: Circular reducible Circular no reducible Doble circular reducible Doble circular no reducible Triple circular Nudo verdadero Nudo falso Bandolera
Peso al nacer (gr)	
Longitud al nacimiento (cm)	
Perímetro cefálico al nacimiento (cm)	
Perímetro torácico al nacimiento (cm)	
Perímetro abdominal al nacimiento (cm)	
Grupo y Rh	
Anomalías aparentes	Desplegable: Sí No
Especificar anomalías	
Resultado Test Apgar 	Resultado
Ingreso	Desplegable: No Sí Traslado otro centro
Contacto piel con piel realizado con	Desplegable: No realizado Madre Otros
EAPN Contacto piel con piel 	Desplegable: No En curso < 60 minutos ≥ 60 minutos

EAPN Lactancia materna precoz	Desplegable: En la primera hora En la segunda hora No
EAPN Muerte feto/niño	Desplegable: No Anteparto Intraparto Postparto
Necropsia	Desplegable: Sí No No procede
Actualizada fecha y hora de nacimiento	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ Reanimación	
Reanimación	Multiselección: No Aspiración de secreciones O2 flujo libre O2 Presión positiva O2 Intubación Masaje cardíaco
Duración total reanimación (min)	
Medicación	
Observaciones	
→ Otros	
1ª Micción	Desplegable: Sí No
1ª Expulsión de meconio	Desplegable: Sí No
→ Protocolo RN	
Permeabilidad de coanas	Desplegable: Derecha Izquierda Ambas Ninguna No realizado
Permeabilidad esófago	Desplegable: Sí No No realizado
Permeabilidad ano	Desplegable: Sí No No realizado
Paladar ojival	Desplegable: Sí No
Vit k 1 mg	Desplegable: Sí No
Administrado en muslo	Desplegable: Derecho Izquierdo
Profilaxis ocular	Desplegable: Sí No
Profilaxis umbilical	Desplegable: Sí No

Observaciones	
→ Datos maternos	
<u>Aspecto del líquido amniótico</u>	Query a la historia de la madre
<u>Cantidad líquido amniótico</u>	Query a la historia de la madre
<u>Gestaciones (G)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Partos (P)</u>	Query a la historia de la madre
<u>EAPN Cesáreas (C)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Abortos (A)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Vivos (V)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Muertos (M)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Grupo y Rh maternos</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología toxoplasmosis</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología rubéola</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología anti-VIH</u>	Query a la historia de la madre
<u>Cultivos (SGB)</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología Lúes</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología Hepatitis B</u>	Query a la historia de la madre
<u>Serología Hepatitis B especificar</u>	Query a la historia de la madre

Acceso directo a Valoración física del neonato, Constantes vitales y Somatometría, Control glucémico y Asignación de agrupaciones de cuidados.

FORMULARIO “CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

Se recoge 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 en pestañas, que recogen la siguiente información:

- **Datos generales:** Antecedentes en relación al parto.
- **Somatometría:** Datos del nacimiento y medidas sucesivas.
- **Alimentación:** Tipo 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.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO

INDICADORES DE LA PESTAÑA DATOS GENERALES

→ Datos generales	
<u>Fecha/hora de nacimiento</u>	Query
<u>Edad gestacional</u>	Query
<u>Sexo</u>	Query
<u>EAPN Última maniobra con la que culmina el parto</u>	Query
EAPN Alojamiento materno	Desplegable: Sí No
Procedencia	Desplegable: Sala de partos Nidos Quirófano Domicilio Otro hospital
Paciente correctamente identificado 	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ Somatometría	
<u>Peso al nacimiento (gr)</u>	Query
<u>Longitud al nacimiento (cm)</u>	Query
<u>Perímetro cefálico al nacimiento (cm)</u>	Query
<u>Perímetro torácico al nacimiento (cm)</u>	Query
<u>Perímetro abdominal al nacimiento (cm)</u>	Query
Peso (Kg)	
Variación de peso desde el nacimiento (%)	Resultado
Longitud (cm)	
Perímetro cefálico (cm)	
Perímetro torácico (cm)	
Perímetro abdominal (cm)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ALIMENTACIÓN

→ Alimentación	
EAPN Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Frecuencia de las tomas	Desplegable: 2 horas 3 horas 4 horas A demanda (especificar)
Nº de tomas de lactancia materna a demanda	

	
Lactancia mixta: nº de tomas de leche materna	
Toma de leche materna (cc)	
Lactancia mixta: nº de tomas de leche artificial	
Toma de leche artificial (cc)	
EAPN Tomas complementarias a lactancia materna 	Desplegable: Sí No No procede
Tipo de fórmula	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ELIMINACIÓN

→ Eliminación	
1ª micción	Desplegable: Sí No
Micciones (num)	
Peso del pañal (gr) 	
1ª Expulsión de meconio	Desplegable: Sí No
Tipo de deposiciones	Multiselección: Normal Blanda Diarrea Con sangre Meconio Transición
Deposiciones (num)	
Regurgitaciones	Desplegable: Sí No
Regurgitaciones (num)	
Vómitos	Desplegable: No Alimenticio Biliar Hematemesis Posos de café
Vómitos (num)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA PIEL Y MUCOSAS

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

	Pletórico
	Otros
Otros (especificar)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA PRUEBAS

→ Pruebas	
Bilirrubina cutánea (mg/ml)	
Vacuna VHB	Desplegable: Sí No
Administrado en muslo	Desplegable: Derecho Izquierdo
Lote vacuna Hep. B	
Inmunoglobulina anti-Hepatitis B	Desplegable: Sí No
Lote inmunoglobulina	
Cribado neonatal: prueba inicial	Desplegable: Sí No
Nº de tarjeta prueba inicial	
Cribado neonatal: prueba confirmatoria	Desplegable: Sí No
Nº de tarjeta prueba confirmatoria	
<u>Pasó otoemisión</u>	Query
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA INCUBADORA

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

Acceso a formularios de Constantes vitales y Somatometría, Control glucémico, Balance hídrico, Control de ingesta del lactante.

FORMULARIO
“OBSERVACIONES DE
LACTANCIA MATERNA”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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

→ Signos de normalidad (N) o anormalidad (A)	
Pecho	Desplegable: Ambos Derecho Izquierdo
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
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 Sólo sujeta el hombro o la cabeza
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
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 N	Multiselección: Abrazo seguro y confiado La madre le mira a la cara La madre le acaricia
Vínculo afectivo A	Multiselección: Abrazo nervioso o flojo No hay contacto visual entre ambos Apenas le toca o le sacude y atosiga
Exploración (aspecto de los pechos) N	Multiselección: Pechos blandos después de la toma Pezones salientes, protáctiles Piel de aspecto sano Pecho redondeado durante la toma
Exploración (aspecto de los pechos) A	Multiselección: Pezones ingurgitados Pezones planos o invertidos Piel irritada o agrietada Pecho estirado
Agarre del pecho/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 se oye cómo traga
Agarre del pecho/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 N	Suelta el pecho espontáneamente
Duración A	La madre lo retira del pecho
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios

FORMULARIO “OTOEMISIONES”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

Se documenta en este formulario los datos en relación a la prueba de otoemisión, su realización, si el niño es enviado a la unidad de hipoacusia y las causas de remisión.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO TEST DE OTOEMISIONES

→ Otoemisión acústica	
<u>Fecha/hora del nacimiento</u>	Query
<u>Edad gestacional</u>	Query
<u>Resultado Test de Apgar</u>	Query
Nº de registro	
Realización de la otoemisión	Desplegable: Primera Segunda Tercera Cuarta
Pasó otoemisión	Multiselección: Sí derecho Sí izquierdo No derecho No izquierdo
Screening	Desplegable: Sin riesgo Con riesgo
Motivos de remisión	Multiselección: No ha pasado otoemisión acústica pH menor a 7,15 Hipoxia por Apgar < 5 a los cinco minutos Hiperbilirrubinemia >= 15 mg en RN < 37 semanas de gestación Hiperbilirrubinemia >= 15 mgr en RN con peso <= 1500 gr Hiperbilirrubinemia >= 20 mg en RN a término Malformaciones craneales Meningitis Ventilación mecánica Síndromes asociados a hipoacusia Sordera familiar en 1ª línea Infección No procede
Remitido a la Unidad de Hipoacusia Infantil	Desplegable: Sí No
Resultado de los Potenciales Evocados	
Observaciones	

Accesos directos: No tiene.

FORMULARIO “TEST DE FINNEGAN”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

Se recoge en este formulario, mediante la escala de Finnegan, la información para evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia en el recién nacido.

“El síndrome de abstinencia neonatal supone la reacción del organismo del RN a la ausencia de la droga a la que ha estado habituado durante la gestación. El Test de Finnegan resulta útil para el control evolutivo del RN con síndrome de abstinencia.

Loreta P. Finnegan lo elaboró en 1975, siendo modificado posteriormente por J. Yoon, y su uso está indicado en neonatos expuestos a opiáceos intraútero. El test objetiviza con puntuaciones numéricas la situación clínica del neonato, siendo estas puntuaciones paralelas a su severidad, de manera que puntuaciones altas, corresponden a los síndromes de privación más graves y persistentes.

El test de Finnegan consta de 31 ítems organizados en tres sistemas: alteraciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas-vasomotoras-respiratorias (vegetativas) y alteraciones gastrointestinales. Se debe realizar cada 4 horas los 2-3 primeros días (cada 2 horas si se incrementa la puntuación) y después cada 8-12 horas. Si la puntuación es mayor de 8 puntos se deberá iniciar el tratamiento farmacológico.”¹⁰

“El síndrome de abstinencia se asocia generalmente a los opiáceos (heroína, metadona, morfina), pero también pueden producirlo fenciclidina, barbitúricos, benzodiazepinas, clordiazepóxidos, metilfenidato, alcohol, pentazocina y otros.

Suele aparecer en el 60-70 % de los recién nacidos de madres adictas y se inicia entre las 4 y las 24 horas de vida, si bien es posible un síndrome tardío tras el uso de metadona, clordiazepóxido o metilfenidato. La duración suele ser de 8 a 14 días.

Alrededor del 40 % de los recién nacidos que tienen un síndrome de abstinencia pueden presentar al acabar éste una mayor irritabilidad y dificultad para tranquilizarse, conciliar el sueño y alimentarse, cuadro que se denomina de “manifestaciones persistentes” y que en ocasiones es susceptible de ser tratado con fenobarbital. El síndrome de abstinencia se caracteriza por signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (irritabilidad, hiperactividad, hipertonia, temblor, llanto agudo, lesiones cutáneas de rascado, convulsiones), vegetativos (sudoración, bostezos, hipersecreción mucosa, hipertermia, exantemas fugaces), digestivos (regurgitaciones y vómitos, apetito voraz o rechazo del alimento, diarrea de difícil tratamiento) y respiratorios (estornudos, congestión nasal, taquipnea con o sin distrés).

La adecuada valoración de cada una de estas posibles manifestaciones permite objetivar con una puntuación el grado de abstinencia del recién nacido”¹¹

¹⁰ Enfermería pediátrica leonesa, (12 Agosto 2012) TEST de FINNEGAN: evaluación de la abstinencia neonatal (Entrada de blog) en ENFERMERÍA PEDIATRICA. Blog de información sobre los cuidados enfermeros pediátricos y neonatales. (Acceso 09.03.2015) Recuperado de

<http://epediatricaleonesa.blogspot.com.es/2012/08/sindrome-de-abstinencia-neonatal.html?view=flipcard>

¹¹ A. Mur Sierra, MA. Lopez-Vilchez, A. Paya Panadès. Asociación española de pediatría (en línea) (Acceso 09.03.2015) Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf

TEST DE FINNEGAN		
Alteraciones del sistema nervioso central		
1	Llanto agudo	2
	Llanto agudo continuo	3
2	Duerme <1 hora después de comer	3
	Duerme < 2 horas después de comer	2
	Duerme < 3 horas después de comer	1
3	Reflejo de Moro hiperactivo	2
	Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
4	Temblor ligero al ser molestado	1
	Temblor moderado o grave al ser molestado	2
5	Temblor ligero espontáneamente	3
	Temblor moderado o grave espontáneamente	4
6	Hipertonía muscular	2
7	Excoriaciones	1
8	Mioclónías	3
9	Convulsiones generalizadas	5
Alteraciones vegetativas		
1	Sudoración	1
2	Fiebre 37,2-38,3 °C	1
	Fiebre ≥ 38,4 °C	2
3	Bostezos frecuentes	1
4	Erupciones cutáneas fugaces	1
5	Obstrucción nasal	1
6	Estornudos frecuentes	1
7	Aleteo nasal	2
8	Frecuencia respiratoria >60/min	1
	Frecuencia respiratoria > 60/min y tiraje	2
Alteraciones gastrointestinales		
1	Succión con avidez	1
2	Rechazo del alimento	2
3	Regurgitaciones	2
	Vómitos a chorro	3
4	Deposiciones blandas	2
	Deposiciones líquidas	3

INDICADORES DEL FORMULARIO TEST DE FINNEGAN

→ Test de Finnegan	
Alteraciones del sistema nervioso central	Multiselección: No detectadas Llanto agudo Llanto agudo continuo Duerme <1 hora después de comer Duerme < 2 horas después de comer Duerme < 3 horas después de comer Reflejo de Moro hiperactivo Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo Temblor ligero al ser molestado Temblor moderado o grave al ser molestado Temblor ligero espontáneamente Temblor moderado o grave espontáneamente Hipertonía muscular Excoriaciones Mioclonías Convulsiones generalizadas
Alteraciones vegetativas	Multiselección: No detectadas Sudoración Fiebre 37,2-38,3 °C Fiebre ≥ 38,4 °C Bostezos frecuentes Erupciones cutáneas fugaces Obstrucción nasal Estornudos frecuentes Aleteo nasal Frecuencia respiratoria >60/min Frecuencia respiratoria > 60/min y tiraje
Alteraciones gastrointestinales	Multiselección: No detectadas Succión con avidez Rechazo del alimento Regurgitaciones Vómitos a chorro Deposiciones blandas Deposiciones líquidas
Puntuación total	Fórmula
Resultado	Resultado
Resultado mayor 8: avisado facultativo	Desplegable: Sí No
Observaciones	

FORMULARIO “NOTIFICACIÓN DE MORTINATO”

Formulario de registro

INTRODUCCIÓN

En el supuesto de que se produzca el fallecimiento del niño en los primeros 28 días de vida, debe realizarse una notificación del caso a la Consejería de Salud Pública. Para ello es necesario cumplimentar este formulario, que en este caso mostrará únicamente su primera pestaña, no las tres de que dispone.

Este formulario queda incluido en la historia clínica del niño, y se cumplimenta por el facultativo de pediatría o neonatología.

Vea la descripción del formulario en la sección *INDICADORES DEL FORMULARIO NOTIFICACIÓN DE MORTINATO*, en la página 43.

BORRADOR

FORMULARIO “MORTINATO”

Formulario de registro

INTRODUCCIÓN

En este formulario se registra la información en relación con el mortinato, en el supuesto de que la muerte del feto sea parto o intraparto. Contiene, por tanto, la información que en los supuestos de recién nacidos vivos se registra en el FORMULARIO “VALORACIÓN INICIAL DEL RECIÉN NACIDO” en la historia del propio recién nacido.

Los datos ha de documentarlos la persona que los recoge, normalmente la matrona.

Parte de la información que consta en este registro, pasa automáticamente al FORMULARIO “NOTIFICACIÓN DE MORTINATO”.

El formulario consta de tres pestañas, cada una de las cuales contiene la información relativa a un mortinato, entendiéndose que en un embarazo podría darse la situación de que hubiera un máximo de 3 fetos que no llegaran al nacimiento.

Cumplimentación:

Cada dato de este formulario se cumplimenta una sola vez, y habitualmente es introducido por matronas, obstetras/ginecólogos o enfermeras de pediatría, y en distintos momentos según los flujos de trabajo de cada centro, lo que determina que para completar la información, pueda ser necesario hacer más de una toma.

Al incluir campos obligatorios, imprescindibles para garantizar la calidad de los datos, en tomas sucesivas es necesario “seleccionar anteriores” y aceptar la toma. **El responsable de la exactitud del dato, es la primera persona que lo registra.**

INDICADORES DEL FORMULARIO MORTINATO

Número de mortinatos en este parto	Desplegable: 1 2 3
→ Recién nacido	
Maniobras durante el parto 	Multiselección: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea no electiva Cesárea electiva Nalgas espontáneo Nalgas ayuda manual Nalgas gran extracción
EAPN Última maniobra con la que culmina el parto	Desplegable: Eutócico Instrumental: Ventosa Instrumental: Fórceps Instrumental: Espátula Cesárea no electiva Cesárea electiva Nalgas espontáneo Nalgas ayuda manual Nalgas gran extracción
<u>Semanas de gestación</u>	Numérico entero
Fecha y hora de parto	Fecha/hora
Indicación de parto instrumental o cesárea no electiva	Desplegable: RPBF Detención de la primera fase del parto Detención de la segunda fase del parto Ayuda expulsivo Otro No procede
Otro (especificar)	
Fecha y hora de rotura de bolsa	Fecha/hora
Horas bolsa rota	Fórmula
Fecha y hora de alumbramiento	Fecha/hora
Duración de la fase de alumbramiento (min.)	Fórmula
Tipo de alumbramiento	Desplegable: Espontáneo Dirigido Extracción manual
Características de la placenta	Multiselección: Completa Incompleta Calcificada Cotiledón aberrante Otras
Otras (especificar)	

Peso placenta (g)	
Membranas	Desplegable: Completas Incompletas Desgarradas
Nº de vasos del cordón	Desplegable: 3 2
pH sangre del cordón	Número dos decimales
Inserción del cordón	Desplegable: Central Lateral Marginal Velamentosa
Longitud del cordón	Desplegable: Normal Corto Largo
Cordón corto (especificar cm)	
Anomalías del cordón	Multiselección: Circular reducible Circular no reducible Doble circular reducible Doble circular no reducible Triple circular Nudo verdadero Nudo falso Bandolera
Peso al nacer (gr)	
Longitud al nacimiento (cm)	
Perímetro cefálico al nacimiento (cm)	
Perímetro torácico al nacimiento (cm)	
Perímetro abdominal al nacimiento (cm)	
Grupo y Rh	Desplegable: A negativo A positivo AB negativo AB positivo B negativo B positivo O negativo O positivo
Anomalías aparentes	Desplegable: Sí No
Especificar anomalías	
Resultado Test Apgar 	Resultado
 Muerte fetal	Desplegable: Antes del trabajo de parto Durante el trabajo de parto Tras el nacimiento
 Necropsia	Desplegable: Sí No No procede
Observaciones	

Este formulario contendrá **3 pestañas**, para permitir el registro de los datos clínicos de hasta 3 mortinatos.

Existe un bug que se solucionará en SP12 por el cual los campos de fecha y hora no pueden ser obligatorios, si tienen asociada una condición.

Acceso directo: a los formularios de Partograma, Medicación partos y Asignación de agrupaciones de cuidados.

BORRADOR

PROTOCOLO DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

Se estandarizan en este protocolo las intervenciones que, como mínimo, han de llevarse a cabo para el cuidado 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 las allí iniciadas: 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 recién nacido” parte de las actividades se han realizado en la Sala de Partos. Las de vigilancia se seguirán realizando en la unidad de hospitalización durante las primeras 24 horas.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

6890 MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Vea *6890 MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO* en la página 53.

6880 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Vea *6880 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO* en la página 53.

1052 ALIMENTACIÓN CON 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 o cuidador sobre el almacenamiento correcto de la fórmula.

OBSERVACIONES DE LACTANCIA MATERNA

Se añade a las intervenciones anteriores 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**

VALORACIÓN

FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN

La Valoración es la primera etapa del proceso enfermero. En ella se recoge la información necesaria para determinar el estado de salud de la persona, en este caso del niño.

Aunque el proceso de valoración es único, se han conceptualizado los formularios necesarios para su registro en dos grupos, en función del tipo de valoración:

- **Valoración física: Formularios específicos del proceso de cuidados de 0 a 24 meses:**

En ellos se documenta cómo funcionan órganos y aparatos, el control del niño críticamente enfermo o bien determinados aspectos específicos del niño, como el formulario diseñado para documentar lo relacionado con las necesidades básicas del niño, como la alimentación o la eliminación. También los signos y síntomas de circunstancias patológicas, como el síndrome de abstinencia.

La información en ellos recogida es gestionada por los enfermeros, que son los responsables de analizarla y poner en marcha las modificaciones oportunas en el plan de cuidados, o de comunicarla a otros profesionales para que tomen las decisiones pertinentes.

- **Valoración enfermera: Formulario para la Valoración enfermera,** en él se documentan los datos necesarios para realizar los diagnósticos de enfermería que han de ser tratados desde las primeras 24 horas de ingreso.

Esta información es gestionada por los enfermeros, que asignan diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA-I para definir las necesidades de cuidados.

FORMULARIO “CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO

Vea la sección *FORMULARIO “CONTROL DEL RECIÉN NACIDO/NEONATO”* en la página 61.

FORMULARIO “CONTROL DE INGESTA DEL LACTANTE”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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

→ Lactancia	
EAPN Tipo de lactancia	Desplegable: Materna Artificial Mixta
Frecuencia de las tomas	Desplegable: 2 horas 3 horas 4 horas A demanda (especificar)
Nº de tomas de lactancia materna a demanda 	
Lactancia mixta: nº de tomas de leche materna	
Toma de leche materna (cc)	
Lactancia mixta: nº de tomas de leche artificial	
Toma de leche artificial (cc)	
EAPN Tomas complementarias a lactancia materna	Desplegable: Sí No No procede
Tipo de fórmula	
Cereales	Desplegable: No Con gluten Sin gluten
Observaciones	
→ Otra dieta	
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	

FORMULARIO “VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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 para dejar constancia del estado físico del paciente, al menos al nacimiento y en niños en estado crítico cada cambio de turno y cada vez que el estado del paciente lo recomiende.

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 cardíaco.
- **Estado gastrointestinal:** Signos de enterocolitis.
- **Estado de la piel:** Coloración, aspecto del muñón umbilical.
- **Analítica.**

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO

→ Datos generales	
<u>Fecha/hora de nacimiento</u>	Query
<u>Edad gestacional</u>	Query
Procedencia	Desplegable: Sala de partos Nidos Quirófano Domicilio Otro hospital
Exploración de la vitalidad	Desplegable: Buena Regular Mala
→ Estado neurológico	
Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta (Hipervigilante) Consciente Somnoliento Estuporoso Coma
Movimientos espontáneos	Desplegable: Sí No
Movimientos al estímulo	Desplegable: Sí No
Movimientos anormales	Multiselección: No Tónicos Clónicos Tremulaciones Chupeteo No succión Rotación del pulgar
Movimientos oculares	Desplegable: Normales Nistagmus Ojos en poniente Media luna Otros
Otros (especificar)	
Llanto	Desplegable: Vigoroso Débil Ausente Quejumbroso Otros
Otros (especificar)	
Tono muscular	Desplegable: Normotónico Hipertónico Hipotónico
Observaciones	
→ Estado respiratorio	
Características de la respiración	Desplegable: 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 cardíaco	Desplegable: Rítmico 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 "Séptica" (pajiza, sucia, terrosa...)
Cordón umbilical	Multiselección: Normal Enrojecido Maloliente Secreción purulenta
Observaciones	

FORMULARIO “PACIENTE CRÍTICO NEONATO”

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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 A: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN, en la página 112.
- 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 (Grado Cº)	
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 Oxígeno O ₂ incubadora
O ₂ (l/min)	
Fi O ₂ (%)	
BIS 	
Resultado ICS (BIS)	Campo numérico
Escala PIPP (Dolor) ¹²	Desplegable:
Escala BPS (Dolor) ¹³	Desplegable:
Observaciones	
→ Incubadora	
Tª (Grado Cº)	
Fi O ₂ incubadora (%)	
Humedad (%)	
→ Perfusiones	
Dopamina ritmo (mL/h)	
Dobutamina ritmo (mL/h)	
Midazolam ritmo (mL/h)	
Fentanilo ritmo (mL/h)	
Furosemida ritmo (mL/h)	
Insulina ritmo (mL/h)	
Heparina ritmo (mL/h)	
Bicarbonato ritmo (mL/h)	
Cloruro sódico ritmo ¹⁴ (mL/h)	
Gluconato calcio ritmo ¹⁵ (mL/h)	
Perfusión A (especificar)	
Ritmo (mL/h)	
Observaciones	

¹² Escala para la valoración del dolor en recién nacidos, prematuros y a término, ingresados en UCI. Necesaria solamente en el Hospital Universitario Central de Asturias y en el Hospital de Cabueñes.

¹³ Escala para la valoración de recién nacidos a término en el periodo postoperatorio. Necesaria solamente en el Hospital Universitario Central de Asturias.

¹⁴ Indicadores necesarios solamente en el Hospital Universitario Central de Asturias.

¹⁵ Indicadores necesarios solamente en el Hospital Universitario Central de Asturias.

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)	
Gafas de presión positiva (CPAP)	Desplegable: Sí No
Gafas de presión positiva (CPAP): calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en unidad de hospitalización Inserción en quirófano
Observaciones	

Accesos directos a formularios de Balance hídrico, Control glucémico y Control del recién nacido/neonato.

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

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

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, en este caso del niño y su familia.

La estructura general del registro que se ha diseñado para ayudar en este proceso 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 también en este registro.
- Recoge datos de la salud del niño y situaciones familiares, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de 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 al 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 campos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado y/o de los posibles factores relacionados o de riesgo más habituales.
- Se ha llevado a cabo un estudio para correlacionar los criterios de valoración de este documento, con los definidos en la relación de los diagnósticos prevalentes en los niños hospitalizados de Asturias, para asegurar que se exploran en el modelo de Valoración definido.
- En la parte inferior de cada Dominio se cuenta con un espacio de observaciones en el que anotar aspectos que no se preguntan explícitamente.
- La Valoración debe cumplimentarse en las primeras 24 horas del ingreso.
- La valoración 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, familia...).

CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 0 A 24 MESES

El registro de la Valoración enfermera se concibió 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 indicadores dentro del periodo a tal efecto 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 propusieron como criterios para determinar qué campos serían “obligatorios” los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente, pretendiendo incluir al menos un indicador en 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. Necesidad de otra información indispensable para prestar el cuidado.

Así pues **los indicadores que se han determinado como obligatorios**, en la valoración Niños de 0 a 2 años, son los siguientes

Dominio 1

- Cumplimiento del régimen terapéutico familiar (Criterio 1)

Dominio 2

- Dieta habitual
- Lactancia materna
- Succión efectiva
- Dificultades para la lactancia materna
- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Alteración del apetito
- Dificultad para deglutir
- Regurgitaciones (Criterio 4)
- Piel hidratada (Criterio 2)
- Mucosas hidratadas (Criterio 2)

- Edemas (Criterio 2)

Dominio 3:

- Problemas al orinar
- Eliminación intestinal

Dominio 4:

- Duerme bien
- Movilidad (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)

Dominio 7:

- Dificultades para mantener el contacto padres-niño

Dominio 10:

- La familia ¿tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta? (Criterio 4)
- Datos recogidos de

Dominio 11:

- Catéteres (factor de riesgo para el Riesgo de infección) (Criterios 2 y 3)
- Sondas (factor de riesgo para el Riesgo de infección) (Criterios 2 y 3)
- Escala de Braden Q (factor de riesgo para el desarrollo de UPP) (Criterios 2 y 3)
- Piel íntegra (factor de riesgo para el desarrollo de UPP) (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de caídas (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de aspiración (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares (Criterios 2 y 3)
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)
- Lesiones orales
- Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral
- Temperatura

Dominio 12:

- Tiene algún tipo de malestar (Criterio 3)
- Nivel de dolor (Criterio 3)

COMENTARIOS

Como se puede deducir de los indicadores que se han establecido como “campos obligatorios”, la exploración de las necesidades de cuidados del niño de 0 a 2 años relacionados con su seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.

INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA 0-24 Meses”

“PESTAÑA DOMINIO 1-2-3”

→ Datos generales	
 Paciente correctamente identificado 	Desplegable: Sí No
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Desplegable: Sí No
 Valoración Enfermería 2ª parte	Desplegable: Pendiente Realizada
 Alergias conocidas	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Observaciones	
→ D-1. Promoción de la salud	
 La familia cumple el régimen terapéutico	Desplegable: Sí No No tiene tratamiento prescrito No se puede recoger el dato
La familia no cumple el régimen terapéutico (Especificar)	Multiselección: Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Otras indicaciones de enfermería No procede
Déficit de conocimientos	Multiselección: No Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Indicaciones de enfermería No procede
Vacunación completa	Desplegable: Sí No No procede por ser menor de 2 meses Negación de los padres o tutores
Responsable del tratamiento (Nombre y Apellidos)	
Responsable del tratamiento (Parentesco)	
Observaciones	
→ D-2. Nutrición	
 Dieta habitual	Desplegable: Normal Prescripción médica Inadecuada por exceso Inadecuada por defecto
Dieta inadecuada (Especificar)	
 Lactancia materna	Desplegable: Sí No
 Succión efectiva	Desplegable: Sí No No procede
 Dificultades para la lactancia materna	Desplegable: Sí No No procede

Especificar dificultades lactancia	
 Intolerancias alimentarias	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Intolerancias alimentarias (Especificar)	
 Alteración del apetito 	Desplegable: No Aumentado Disminuido No se puede recoger el dato
Desde	
Lo atribuye a	
 Dificultad para deglutir	Desplegable: No Líquidos Sólidos Líquidos y sólidos No se puede recoger el dato
Vómitos	Desplegable: Sí No
Desde	
 Regurgitaciones	Desplegable: Sí No
Talla (cm)	
Peso (kg)	
 Piel hidratada 	Desplegable: Sí No
 Mucosas hidratadas 	Desplegable: Sí No
 Edemas	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
 Problemas al orinar	Desplegable: No Retención urinaria Otros
Problemas al orinar (Especificar)	
Hábito intestinal (deposiciones/días)	
 Eliminación intestinal 	Desplegable: Según su hábito intestinal Diarrea Riesgo de estreñimiento Estreñimiento No se puede recoger el dato
Utiliza ayudas para facilitar-favorecer la eliminación	Desplegable: Sí No
Especificar ayudas	
Control esfínter urinario	Desplegable: Sí No No procede por la edad
Control esfínter anal	Desplegable: Sí No No procede por la edad
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 4"

→ D-4. Actividad-Reposo

 Duerme bien	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Sí No
Especificar ayuda	
 Movilidad 	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
 Dificultad respiratoria	Desplegable: No Aleteo nasal Disnea de esfuerzo Disnea en reposo
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 7"

→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quién vive	
Cuidador principal (Nombre y Apellidos) 	
 Dificultades para mantener el contacto padres-niño	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Especificar dificultades contacto	
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIOS 10-11"

→ D-10. Principios vitales	
 La familia ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
 Datos recogidos de	Desplegable: Padres Tutor Otro No procede
Observaciones	
→ D-11. Seguridad y protección	
 Catéteres	Desplegable: Sí No
 Sondas	Desplegable: Sí No
→ D-11. Escala de Braden Q	
 Resultado 	Indicador resultado de E. Braden Q
 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 	Desplegable: Sí No
→ D-11. Seguridad continuación	
 Piel íntegra	Desplegable: Sí No

	Pendiente de valorar: Apósito que no procede retirar
 Riesgo de caídas 	Desplegable: Sí No
 Riesgo de aspiración	Desplegable: Sí No
Factores de riesgo de lesión nerviosa o vascular	Multiselección: No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
 Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares	Desplegable: Sí No
 Incapacidad para eliminar secreciones	Desplegable: Sí No
Causa de la incapacidad (Especificar)	Multiselección: Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor No procede
 Lesiones orales	Desplegable: Sí No
 Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral	Desplegable: Sí No
Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral (Especificar)	Multiselección: Quimioterapia Radioterapia Inhaladores Inmunosupresores No procede
 Temperatura	Desplegable: < 36 36 a 38 > 38
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 12-13"

→ D-12. Confort	
 Tiene algún tipo de malestar	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
 Nivel de dolor (Escala LLANTO) 	Indicador resultado escala LLANTO
 Dolor agudo	Desplegable: Sí No
Localización del dolor	
Medidas que utiliza para paliarlo	
Observaciones	
→ D-13. Crecimiento-Desarrollo	
Se percibe algún tipo de discapacidad	Desplegable: Sí No
La familia ha percibido algún tipo de discapacidad	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ Comentarios	

¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

Acceso directo al formulario de Constantes vitales y Somatometría, Sondas, Catéteres, y Control Glucémico.

BORRADOR

INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA 0-24 Meses 2ª Parte”

→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quién vive	
Identificado cuidador principal	Desplegable: Sí No
Cuidador principal (Nombre y Apellidos) 	
Apoyo familiar	Desplegable: Bueno Relativo Rechazo No hay familia No se puede recoger el dato
Conflicto en la relación familiar	Desplegable: No Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del paciente No se puede recoger el dato
→ Valoración del cuidador principal	
Dificultad para el cuidado del paciente	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato No procede
Complejidad de los cuidados	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato No procede
Problemas de salud del cuidador	Desplegable: No Física Emocional No se puede recoger el dato No procede
Observaciones	
→ Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

ANEXO A: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN

Escala para la valoración de:

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

Escala de Braden Q

- 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 .

ESCALA DE BRADEN Q (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS) ¹⁶		PUNTUACIÓN
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	<p><u>1. Completamente inmóvil.</u> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p> <p><u>2. Muy limitada.</u> 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.</p> <p><u>3. Ligeramente limitada.</u> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.</p> <p><u>4. Sin limitaciones.</u> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>	
		Puntuación

¹⁶ 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 15 Marzo 2015]; 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))

<p>ACTIVIDAD</p> <p>Nivel de actividad física</p>	<p>1. Encamado. Paciente constantemente encamado.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>4. Demasiado joven para deambular</p>	<hr/> Puntuación
<p>PERCEPCIÓN SENSORIAL</p> <p>Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p>1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose)</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.</p> <p>2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p> <p>3. Ligeramente limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p> <p>Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>	<hr/> Puntuación

<p>HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente dos veces al día.</p> <p>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</p>	<hr/> Puntuación
<p>FRICCIÓN Roce de la piel con superficies de contacto</p> <p>DESlizAMIENTO Contacto de la piel con prominencias óseas</p>	<p>1. Problema significativo. Requiere máxima asistencia para ser movido. Existencia de espasticidad, contracturas o agitación, que producen un roce casi constante.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<hr/> Puntuación
<p>PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN Relleno capilar y oxigenación de los tejidos</p>	<p>1. Extremadamente comprometida. Hipotensión (PAM < 50 mmHg; < 40 en recién nacidos)</p> <p>2. Comprometida. Normotenso. Saturación de oxígeno < 95%, hemoglobina < 10 mg/dl, relleno capilar > de 2 segundos y pH sanguíneo < 7.40</p>	

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.

Puntuación

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

Puntuación

Total Puntos:

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 la 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 1, salvo el Llanto, que 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 ¹⁷			
	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	

¹⁷ 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 ¹⁸			
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)	Temboroso, 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

¹⁸ 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 ¹⁹					
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				
	SatO ₂				
Observación de los cambios (30 seg.)	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)

¹⁹ 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 ²⁰			
	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

²⁰ F. Reinoso-Barbero, A.I. Lahoz Ramón, M.P. Durán Fuente, G. Campo García, E. L. Anales de pediatría (Barcelona) 2011; (1): 10-14

ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

Indicación: Especialmente útil para evaluar el nivel de sedación durante:

- La sedación profunda para la ventilación mecánica.
- En el coma inducido por fármacos.
- En el bloqueo neuromuscular.
- En sedaciones profunda para ventilación mecánica.

Administración: El Índice Biespectral (BIS) estima el grado de actividad eléctrica cerebral y, por tanto, el de sedación del paciente mediante el análisis de las frecuencias de las ondas de EEG (SFS % frecuencias rápidas/ % frecuencias lentas). Su valor puede oscilar entre 0 y 100; 0 en el caso de supresión completa del EEG y 100 en el paciente completamente despierto.

Interpretación: Valores entre 40 y 60 indican sedación profunda, con una buena correlación con las escalas clínicas habituales (Ramsay y Comfort) y ha sido validado en adultos y niños mayores de un año.

No obstante, las interferencias eléctricas debidas al aparataje, fármacos (catecolaminas) y la actividad muscular pueden producir falsas elevaciones, dificultando la correcta interpretación de los valores de BIS.

ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

97-98	Despierto, Consciente, Activo
90	Sin Ansiedad
80	Cierra los Ojos
< 70	No se forma Memoria Explícita
< 65	No se forma Memoria Implícita
60	Se Anulan los Potenciales Evocados
40 – 60	Se considera Estadio ideal de Sedación Importante
< 40	Sedación Profunda para Isquemia Controlada
0	Supresión del EEG

Bibliografía:

- 1 Valdivieso Serna at col. Analgesia, sedación y relajación en el niño con ventilación mecánica. Med Intensiva.2008;32 Supl 1:115-24.(Consultado 28 de junio de 2011). Disponible en Internet en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/64/64v32nSupl.1a13116133pdf001.pdf>
- 2 Monitorización del paciente en régimen de sedación o analgesia. Escalas de valoración. (Consultado 28 de junio de 2011). Disponible en Internet en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Monitorizacion-Profunda-Anestesica/2087900.html>
3. Mencía Bartolomé, S. López-Herce Cid, J. Lamas Ferreiro, A. Borrego Domínguez, R. Sancho Pérez, L. Carrillo Álvarez, A. Aplicación del índice biespectral en el niño críticamente enfermo. An Pediatr (Barc) 2006;64(1):96-9. (Consultado 28 de julio de 2011).Disponible en Internet en <http://www.elsevier.es/en/node/2043571>
- 4 Moyano Tost, M. J. Martinez Bonet, N.E. Velasco Félix, C. Actualidad en cuidados críticos enfermería pediátrica; Capítulo 176. (Consultado 28 de julio de 2011).Disponible en Internet en <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo176/capitulo176.htm>

DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN

Diagnósticos prevalentes en niños hospitalizados
con edades comprendidas entre 0 y 24 meses

DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS ENTRE 0 Y 24 MESES, RESULTADOS E INTERVENCIONES

Se han revisado los diagnósticos prevalentes en estos niños, determinados en un trabajo previo, y se han establecido los resultados e intervenciones que más relación tienen con cada diagnóstico, teniendo en cuenta la situación del paciente, el tiempo medio de estancia en el hospital y la posibilidad de evaluación de resultados y de realización de las intervenciones.

Se siguen para esta revisión, las mismas directrices que en la fase anterior.

VALORES

- Centrado en el paciente. Para ello se definen aquellos diagnósticos que se identifican en el niño a partir de una valoración individualizada, los resultados a alcanzar y las intervenciones necesarias para su tratamiento, teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone.
- Visión integral. Completando las intervenciones enfermeras a las de otros profesionales, con lo que se pone en valor la contribución específica de la enfermería a la salud de los ciudadanos, puesto que intervenimos en las áreas física, social y emocional.
- Sujeto de cuidados. El paciente y su familia.
- Respeto a los valores y creencias del paciente y su familia.
- Autonomía del paciente. Para lo que los tratamientos de enfermería promoverán el control del proceso de salud/enfermedad o situación vital por la familia del niño, interviniendo para apoyarles emocionalmente, ayudarles a adaptarse a su situación y enseñándoles lo necesario para que recobren ese control.

MODELO DE ENFERMERÍA

Se adopta el modelo de Virginia Henderson, sin que esto sea óbice para que cada profesional, además, adopte paradigmas de otros modelos de enfermería.

MODELO PARA LA PRÁCTICA

Modelo Bifocal (Carpenito), en el que se considera que las enfermeras intervienen en dos tipos de situaciones clínicas:

- Problemas que se previenen, reducen, o solucionan con intervenciones primarias de enfermería. Para nombrar estas situaciones se utilizan los *diagnósticos de enfermería* catalogados en la taxonomía de NANDA I.
- Problemas que para su solución definitiva requieren ser tratados por otro profesional. Se trata de *problemas de colaboración o complicaciones potenciales*. Las intervenciones necesarias en este

tipo de problemas, son prescritas por enfermeras y médicos y tienen como objetivo monitorizar la aparición o agravamiento de complicaciones de la enfermedad.

En este sentido se adoptan las siguientes definiciones:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Juicio clínico sobre la repuesta de una persona, familia o comunidad, a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. (AENTDE 2001)

COMPLICACIÓN POTENCIAL

Juicio clínico sobre las respuestas a problemas actuales o potenciales de salud o del régimen terapéutico que es gestionado por las enfermeras usando intervenciones prescritas por la enfermera o el médico para minimizar las complicaciones del suceso. (Carpenito L., 2008)

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Además de los identificados en la fase previa de este trabajo, se seleccionarán aquellos que identifiquen necesidades de cuidados que el grupo de trabajo consensúe, que se adapten a la definición de Diagnóstico de Enfermería y sobre los que la enfermera tenga capacidad de intervención.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS

Se identificarán aquellas causas más frecuentes por las que están presentes los diagnósticos de enfermería en los pacientes de nuestro ámbito.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Se identificarán los signos y síntomas más comunes por los que se manifiestan los diagnósticos de enfermería en los niños y sus familias en los hospitales de Asturias. Se seleccionarán las que más relación tienen con el diagnóstico de enfermería.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

Se seguirán los siguientes criterios para la selección de intervenciones y actividades que derivarían de los diagnósticos identificados como prevalentes en Atención Hospitalaria de Asturias.

Se seleccionarán intervenciones NIC teniendo en cuenta:

- Las necesidades de cuidados del paciente, desde una perspectiva integral.
- La patología más frecuente de los pacientes en el hospital.
- La relación de la Intervención con el diagnóstico de enfermería.
- La relación de la Intervención con los factores relacionados o de riesgo del diagnóstico de enfermería.
- La relación de la Intervención con el resultado que el paciente ha de conseguir.

- Se tendrá en cuenta el Modelo de Cuidados adoptado: Ayuda-sustitución y promoción de la autonomía del paciente, por lo que se han seleccionado las que traducen esta práctica.
- En relación a aquellos diagnósticos de enfermería en los que la práctica habitual se centra en la ayuda-sustitución, se procurará seleccionar también alguna Intervención que sea de tratamiento.
- Se considerará como sujeto de cuidados, siempre que proceda, a la familia y al paciente.

Para seleccionar actividades de cada intervención se seguirán los siguientes criterios:

- De cada intervención se seleccionarán aquellas actividades mínimas que traducen la práctica habitual y guían a la enfermera y a la auxiliar de enfermería en el tratamiento del diagnóstico de enfermería del paciente.
- Se procurará respetar el lenguaje de la NIC, aunque para adaptarlas mejor a nuestro contexto se pueden modificar algunas.
- Se seleccionarán aquellas que contemplan a la familia y/o cuidador principal como agentes de cuidados.
- Se procurará que en cada intervención consten actividades de enseñanza.
- Se procurará que en cada intervención consten actividades que procuren la autonomía de la familia.

INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN NIÑOS DE 0 A 24 MESES

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
DOMINIO 1				
<u>00080 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD FAMILIAR</u>	<p>Complejidad del régimen terapéutico</p> <p>Demandas excesivas</p> <p>Conflicto familiar</p>	<p>Aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia</p> <p>Actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud</p> <p>Expresa tener dificultad con el régimen prescrito</p> <p>Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo</p>	<p>2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO</p> <p>220202 Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar</p> <p>220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados</p> <p>220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado</p> <p>220222 Participación en la planificación del alta</p> <p>2604_n_NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA</p> <p>260405 Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado</p> <p>260417 Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de</p>	<p>8100_r_DERIVACIÓN</p> <p>4360_r_MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA</p> <p>5602_r_ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD</p> <p>5616_r_ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO</p> <p>7120_r_MOVILIZACIÓN FAMILIAR</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>

			<p>la familia</p> <p>2608_n_RESILIENCIA FAMILIAR</p> <p>260803 Se adapta a las adversidades como retos</p> <p>260806 Expresa confianza en la superación de las adversidades</p> <p>260815 Utiliza estrategias de control de conflictos</p> <p>260832 Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda</p> <p>1813_n_CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO</p> <p>181301 Beneficios del tratamiento</p> <p>181304 Efectos esperados del tratamiento</p> <p>181310 Proceso de la enfermedad</p> <p>181316 Beneficios del control de la enfermedad</p>	
--	--	--	---	--

DOMINIO 2				
<p><u>00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES</u></p>	<p>Trastorno psicológico</p> <p>Incapacidad para ingerir alimentos</p> <p>Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>Falta de apetito</p>	<p>Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal</p> <p>Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes</p> <p>Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p>	<p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p>
<p><u>00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u></p>	<p>Pérdida activa del volumen de líquidos</p> <p>Ingesta insuficiente de líquido</p> <p>Pérdida excesiva a través de vías normales (p.ej. Diarrea)</p>	<p>Disminución de la diuresis</p> <p>Aumento de la concentración de la orina</p> <p>Sed</p> <p>Membranas mucosas secas</p>	<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p> <p>060226 Diarrea</p> <p>060211 Diuresis</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>

		Piel seca		
<u>00107 PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE</u>	<p>Defecto orofaríngeo</p> <p>Deterioro neurológico (p. ej., electroencefalograma [EEG] positivo, traumatismo craneal, convulsiones)</p> <p>Hipersensibilidad oral</p> <p>Prematuridad</p> <p>Dieta absoluta prolongada</p>	<p>Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración</p> <p>Incapacidad para mantener una succión eficaz</p>	<p>1000_n_ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE</p> <p>100005 Deglución audible</p> <p>100010 Aumento de peso adecuado para su edad</p> <p>100014 Reflejo de succión</p> <p>1012_n_ESTADO DE DEGLUCIÓN: FASE ORAL</p> <p>101208 Atragantamiento, tos y náuseas antes de la deglución</p> <p>101206 Distribución del bolo a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución</p> <p>101214 Reflejo nauseoso</p>	<p>1052_r_ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>6900_r_SUCCIÓN NO NUTRITIVA</p> <p>5568_r_EDUCACIÓN PARENTAL: LACTANTE</p> <p>5244_r_ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA</p>
<u>00028 RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u>	<p>Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos</p> <p>Pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales</p>		<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p> <p>060226 Diarrea</p> <p>060211 Diuresis</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>0460_r_MANEJO DE LA DIARREA</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>

	Agentes farmacológicos			

BORRADOR

DOMINIO 3				
<u>00023 RETENCIÓN URINARIA</u>	Obstrucción del tracto urinario Inhibición del arco reflejo	Ausencia de diuresis Distensión vesical	0503_n_ELIMINACIÓN URINARIA 050313 Vacía la vejiga completamente	0620_r_CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA 0580_r_SONDAJE VESICAL 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
<u>00013 DIARREA</u>	Infección Inflamación gastrointestinal Malabsorción	Pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas Dolor abdominal Ruidos intestinales hiperactivos	0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación 050105 Heces blandas y formadas 0602_n_HIDRATACIÓN 060215 Ingesta de líquidos 060226 Diarrea 060211 Diuresis	0460_r_MANEJO DE LA DIARREA 4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS 5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
<u>00011 ESTREÑIMIENTO</u>	Cambio reciente en el entorno Disminución de la motilidad gastrointestinal	Heces duras, formadas Dolor al defecar Incapacidad para defecar Distensión abdominal	0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación 050112 Facilidad de eliminación de las heces	4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS 0466_r_ADMINISTRACIÓN DE ENEMA 0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL

	<p>Debilidad de los músculos abdominales</p> <p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Ingesta de líquidos insuficiente</p> <p>Habitualmente reprime la urgencia por defecar</p> <p>Agentes farmacológicos</p>	<p>Fecalomas palpables</p> <p>Disminución de la frecuencia de las deposiciones</p>	<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL</p> <p>0200_r_FOMENTO DEL EJERCICIO</p>
<p><u>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</u></p>	<p>Cambio reciente en el entorno</p> <p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Debilidad de los músculos abdominales</p> <p>Agentes farmacológicos</p> <p>Habitualmente reprime</p>		<p>0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL</p> <p>050101 Patrón de eliminación</p> <p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL</p> <p>0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL</p>

	la urgencia por defecar Ingesta de líquidos insuficiente Disminución de la motilidad gastrointestinal			
--	--	--	--	--

BORRADOR

DOMINIO 4				
<p><u>00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</u></p>	<p>Ansiedad</p> <p>Inmovilización</p> <p>Factores ambientales (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar)</p> <p>Interrupción causada por la persona que duerme con el paciente</p> <p>Falta de intimidad</p>	<p>No sentirse descansado</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>Despertarse sin querer</p> <p>Insatisfacción con el sueño</p>	<p>0004_n_SUEÑO</p> <p>000404 Calidad del sueño</p>	<p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p>
<p><u>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</u></p>	<p>Deterioro músculo-esquelético</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Alteración de la función cognitiva</p>	<p>Alteración de la marcha</p> <p>Disminución de las habilidades motoras</p> <p>Disminución de la amplitud de</p>	<p>0208_n_MOVILIDAD</p> <p>020806 Ambulación</p> <p>020814 Se mueve con facilidad</p> <p>020802 Mantenimiento de la posición corporal</p>	<p>0221_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN</p> <p>0224_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR</p> <p>0226_r_TERAPIA DE EJERCICIOS:</p>

	<p>Discomfort</p> <p>Dolor</p> <p>Prescripción de restricción de movimientos</p>	<p>movimientos</p> <p>Inestabilidad postural</p> <p>Movimientos descoordinados</p> <p>Dificultad para girarse</p>	<p>0300_n_AUTOCUIDADOS:</p> <p>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</p> <p>030008 Ambulación</p> <p>030003 Uso del inodoro</p> <p>030010 Realización del traslado</p>	<p>CONTROL MUSCULAR</p> <p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>AA: Elevar la parte corporal afecta</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p> <p>0940_r_CUIDADOS DE TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN</p>
<p>00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>	<p>Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno</p> <p>Debilidad generalizada</p>	<p>Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad</p> <p>Disnea de esfuerzo</p> <p>Fatiga</p> <p>Debilidad generalizada</p> <p>Discomfort por esfuerzo</p>	<p>0005_n_TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD</p> <p>000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>000510 Distancia de caminata</p>	<p>0180_r_MANEJO DE LA ENERGÍA</p> <p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p>

DOMINIO 7

<p><u>00061 CANSANCIO EN EL ROL DE CUIDADOR</u></p>	<p>Estado de salud del cuidador: Problemas físicos</p> <p>Estado de salud del cuidador: Problemas psicológicos</p> <p>Actividades del cuidador: Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas</p> <p>Actividades del cuidador: Complejidad de las actividades</p> <p>Recursos: Conocimientos deficientes sobre los recursos comunitarios</p> <p>Estado de salud del receptor de los cuidados²¹</p>	<p>Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos</p> <p>Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas</p> <p>Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales</p> <p>Estado de salud del cuidador: Físico²²</p> <p>Estado de salud del cuidador: Emocional²³</p>	<p>2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO</p> <p>220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento</p> <p>220222 Participación en la planificación del alta</p> <p>1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL</p> <p>150101 Desempeño de las expectativas del rol</p> <p>2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</p> <p>250801 Satisfacción con la salud física</p> <p>250802 Satisfacción con la salud</p>	<p>7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>
--	--	--	---	--

²¹ En la taxonomía NANDA lo especifica.

			emocional	
<u>00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR</u>	Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados Deterioro de la salud del cuidador Complejidad de los cuidados Duración de la necesidad de cuidados Falta de actividades recreativas del cuidador Falta de experiencia para cuidar Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, trasportes,		2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento 220222 Participación en la planificación del alta 1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL 150101 Desempeño de las expectativas del rol 2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 250801 Satisfacción con la salud física 250802 Satisfacción con la salud emocional	7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

²² En la taxonomía NANDA los especifica.

²³ En la taxonomía NANDA los especifica.

	servicios comunitarios, equipo)			
<u>00104 LACTANCIA MATERNA INEFICAZ</u>	<p>Ansiedad materna</p> <p>Anomalías en la mama</p> <p>Reflejo débil de succión del niño</p> <p>Prematuridad</p>	<p>Llanto del niño al ponerlo a mamar</p> <p>Percepción de secreción de leche inadecuada</p> <p>Persistencia de irritación en los pezones tras la primera semana de lactancia</p> <p>Proceso de amamantamiento insatisfactorio</p>	<p>1001_n_ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE</p> <p>100106 Reconocimiento de deglución en el lactante</p> <p>100107 Interrupción de la succión antes de retirar al lactante del pecho</p> <p>100112 Comprende el temperamento del lactante</p> <p>100113 Reconoce rápidamente los signos de hambre</p> <p>100118 Satisfacción con el proceso de lactancia</p> <p>100121 Técnicas para evitar la hipersensibilidad de los pezones</p> <p>100122 Tomas suplementarias</p>	<p>5244_r_ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA</p> <p>6900_r_SUCCIÓN NO NUTRITIVA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1052_r_ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN</p>
<u>00105 INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA</u>	<p>Enfermedad del niño</p> <p>Enfermedad de la madre</p>	<p>Conocimiento deficiente sobre la obtención de la leche materna</p> <p>Conocimiento deficiente sobre el almacenamiento de la leche materna</p>	<p>1002_n_MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA</p> <p>100204 Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada</p> <p>100205 Capacidad para recoger y</p>	<p>5244_r_ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA</p> <p>1052_r_ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN</p> <p>6870_r_SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA</p>

		<p>Deseo materno de mantener la lactancia materna para satisfacer las necesidades nutricionales del niño</p> <p>Separación madre-hijo</p>	<p>almacenar de forma segura la leche materna</p> <p>100215 Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna</p> <p>1800_n_CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA</p> <p>180011 Signos de alimentación materna del lactante adecuada</p> <p>180015 Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna</p>	
<p><u>00106 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA LACTANCIA MATERNA</u></p>		<p>El lactante parece satisfecho después de las tomas.</p> <p>Patrón de peso del lactante adecuado para su edad.</p>	<p>1001_n_ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: MADRE</p> <p>100113 Reconoce rápidamente los signos de hambre.</p> <p>100118 Satisfacción con el proceso de lactancia.</p> <p>1000_n_ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE</p> <p>100006 Amamanta durante un</p>	<p>5244_r_ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA</p> <p>5640_r_ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (0-3 MESES)</p> <p>5641_r_ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (4-6 MESES)</p> <p>5642_r_ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (7-9 MESES)</p> <p>5643_r_ENSEÑANZA: NUTRICIÓN DEL LACTANTE (10-12 MESES)</p>

			<p>mínimo de 5 a 10 minutos por pecho.</p> <p>100010 Aumento de peso adecuado para su edad.</p> <p>1002_n_MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA</p> <p>100201 Crecimiento del lactante dentro del rango normal.</p> <p>100205 Capacidad para recoger y almacenar de forma segura la leche materna</p>	
<p><u>00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN</u></p>	<p>Separación entre los padres y el niño</p> <p>Ansiedad asociada al rol parental</p>		<p>1500_n_LAZOS AFECTIVOS PADRES-HIJO</p> <p>150003 Preparación para el recién nacido antes del nacimiento</p> <p>150015 Responden a las señales del lactante.</p> <p>1211_n_NIVEL DE ANSIEDAD</p> <p>121101 Desasosiego</p> <p>121117 Ansiedad verbalizada</p> <p>2211_n_DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES</p>	<p>6710_r_FOMENTAR EL APEGO</p> <p>6481_no_existe_MANEJO AMBIENTAL: PROCESO DE ACERCAMIENTO</p> <p>6880_no_existe_CUIDADOS DEL NIÑO PREMATURO</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p>

			221114 Interacciona de forma positiva con el niño 221119 Expresa satisfacción con el rol de padre/madre	
<u>00057 RIESGO DE DETERIORO PARENTAL</u>	Sociales Conocimientos Del lactante o niño Psicológicos		2211_n_DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES 221114 Interacciona de forma positiva con el niño 221119 Expresa satisfacción con el rol de padre/madre 1819_n_CONOCIMIENTO: CUIDADOS DEL LACTANTE 181902 Desarrollo y crecimiento normales 181905 Prácticas para la seguridad del lactante 181912 Signos de ictericia	8300_r_FOMENTAR EL ROL PARENTAL 6820_r_CUIDADOS DEL LACTANTE 5568_r_EDUCACIÓN PARENTAL: LACTANTE

DOMINIO 11

<p>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</p>	<p>Defensas primarias inadecuadas</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular</p> <p>Defensas secundarias inadecuadas: Inmunosupresión (p. ej.: inmunidad adquirida inadecuada, medicamentos, incluyendo inmunosupresores, esteroides, anticuerpos monoclonales,</p>		<p>0703_n_SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN</p> <p>070305 Drenaje purulento</p> <p>070306 Piuria</p> <p>070307 Fiebre</p> <p>070333 Dolor</p> <p>070334 Hipersensibilidad</p> <p>070311 Malestar general</p> <p>1102_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN</p> <p>110213 Aproximación de los bordes de la herida</p> <p>110202 Supuración purulenta</p> <p>110208 Eritema cutáneo circundante</p> <p>110209 Edema perilesional</p>	<p>6540_r_CONTROL DE INFECCIONES</p> <p>3440_r_CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN</p> <p>1876_r_CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO</p> <p>AA Cambiar bolsa colectora</p> <p>1870_r_CUIDADOS DEL DRENAJE</p> <p>2440_r_MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO²⁴</p> <p>AA Cambio de sistema de infusión/llaves</p> <p>AA Cambio del conector</p> <p>4054_r_MANEJO DE UN DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO CENTRAL</p> <p>1872_r_CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO</p> <p>3583_r_CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DEL INJERTO</p>
---	--	--	---	---

²⁴ Aunque la NIC descatalogó esta intervención con la publicación de la 6ª edición, cambiándola por la nueva intervención 4054-Manejo de un dispositivo de acceso venoso Central, las actividades de la nueva NIC no se ajustan a la situación de los accesos venosos periféricos, por lo que se mantiene la antigua intervención.

	inmunomoduladores) Procedimientos invasivos		110210 Aumento de la temperatura cutánea 1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN 110301 Granulación 110321 Disminución del tamaño de la herida 110312 Necrosis 1106_n_CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 110601 Porcentaje de zona del injerto curada 110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada 110603 Granulación tisular 110606 Dolor 110608 Piel con ampollas 110613 Necrosis	3582_r_CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DONANTE 3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS 1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO
<u>00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</u>	Efectos secundarios del tratamiento (p. ej.: quimioterapia, fármacos,	Dificultad para hablar Dificultad para deglutir	1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS	1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

	<p>radioterapia).</p> <p>Inmunosupresión</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: dentadura mal adaptada, puentes, intubación, cirugía en la cavidad oral)</p>	<p>Malestar oral</p> <p>Lesiones orales</p> <p>Estomatitis</p>	<p>110104 Hidratación</p> <p>110116 Lesiones de la membrana mucosa</p> <p>1100_n_SALUD ORAL</p> <p>110001 Limpieza de la boca</p> <p>110012 Integridad de la mucosa oral</p> <p>110022 Lesiones en la mucosa oral</p> <p>110021 Dolor</p>	<p>1730_r_RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p>
<u>00155 RIESGO DE CAÍDAS</u>	<p>Historia de caídas</p> <p>Prótesis en las extremidades inferiores</p> <p>Uso de dispositivos de ayuda</p> <p>Disminución del estado mental</p> <p>Medicación</p> <p>Dificultad en la marcha</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Urgencia urinaria</p>		<p>1912_n_CAÍDAS</p> <p>191201 Caídas en bipedestación</p> <p>191202 Caídas caminando</p> <p>191203 Caídas sentado</p> <p>191204 Caídas de la cama</p> <p>191209 Caídas al ir al servicio</p> <p>1828_n_CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</p> <p>182803 Calzado adecuado</p> <p>182807 Uso correcto de la iluminación ambiental</p>	<p>6490_r_PREVENCIÓN DE CAÍDAS</p> <p>6580_r_SUJECIÓN FÍSICA</p> <p>6486_r_MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD</p>

	<p>Dificultades auditivas</p> <p>Dificultades visuales</p>		<p>182808 Cuándo pedir ayuda personal</p> <p>182812 Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas</p> <p>182817 Cómo deambular de manera segura</p>	
<p><u>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</u></p>	<p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Cambios en la turgencia de la piel</p> <p>Estado de desequilibrio nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p> <p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p>		<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>110121 Eritema</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16: DIARIAMENTE • Entre 16-18: CADA 4 DÍAS • Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>AA Elevar la parte corporal afecta</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p>

	Hidratación			1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL
	Radiación			4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
				4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS
<u>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</u>	<p>Radiación</p> <p>Cambios en la turgencia</p> <p>Estado de desequilibrio nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p> <p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p> <p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Hidratación</p>	<p>Alteración de la superficie de la piel</p> <p>Destrucción de las capas de la piel</p>	<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110111 Perfusión tisular</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16: DIARIAMENTE • Entre 16-18: CADA 4 DÍAS • Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p> <p>AA: Elevar la parte corporal afecta</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS</p>

				<p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<p>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</p>	<p>Alteración de la circulación</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Radiación</p> <p>Factores nutricionales (p.ej.: déficit o exceso)</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: presión, cizallamiento, fricción)</p>	<p>Lesión tisular (p.ej.: córnea, tejido tegumentario o subcutáneo)</p> <p>Dstrucción tisular</p>	<p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p><i>AA Reevaluación escala de Braden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16: DIARIAMENTE • Entre 16-18: CADA 4 DÍAS • Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p><i>AA Posición de Fowler</i></p> <p><i>AA Elevar pies de cama</i></p>

				<p>AA Elevar la parte corporal afecta</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<u>00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN</u>	<p>Depresión del reflejo tusígeno</p> <p>Depresión del reflejo nauseoso</p> <p>Deterioro de la deglución</p> <p>Traqueotomía</p> <p>Disminución del nivel de conciencia</p> <p>Alimentación por sonda</p> <p>Sondajes gastrointestinales</p> <p>Incompetencia del esfínter esofágico</p>		<p>1935_n_CONTROL DEL RIESGO: ASPIRACIÓN</p> <p>193502 Identifica factores de riesgo de aspiración</p> <p>193509 Se sitúa en posición vertical para comer y beber</p> <p>1010_n_ESTADO DE DEGLUCIÓN</p> <p>101004 Capacidad de masticación</p> <p>101012 Atragantamiento, tos o náuseas</p>	<p>3200_r_PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN</p> <p>AA Espesantes</p> <p>1860_r_TERAPIA DE DEGLUCIÓN</p>

	interior			
<u>00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS</u>	Mucosidad excesiva Exudado alveolar Vía aérea artificial Disfunción neuromuscular Dolor	Excesiva cantidad de esputo Tos inefectiva Cianosis Disnea Ausencia de la tos Cambios en el ritmo respiratorio	0410_n_ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS 041020 Acumulación de esputos 041012 Capacidad de eliminar secreciones 2102_n_NIVEL DEL DOLOR 210201 Dolor referido 210224 Muecas de dolor	3350_r_MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA 3140_r_MANEJO DE LA VÍA AÉREA 3160_r_ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS 3180_r_MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES AA Cambio de cánula 1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO
<u>00086 RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA</u>	Compresión mecánica (p ej.: torniquete, muleta, escayola, abrazadera, apósito, sujeción) Inmovilización		0407_n_PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA 040742 Hormigueo 040743 Palidez 040747 Rubor 040710 Temperatura de extremidades caliente 040712 Edema periférico 040713 Dolor localizado en extremidades	3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL 4070_r_PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

00007 HIPERTERMIA	Enfermedad	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal Calor al tacto	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080019 Hipertermia 080014 Deshidratación	3740_r_TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
00006 HIPOTERMIA	Enfermedad Medicamentos Traumatismo	Temperatura corporal por debajo de rango normal	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080020 Hipotermia	3800_r_TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA

DOMINIO 12				
<u>00214 DISCONFORT</u>	Síntomas relacionados con la enfermedad Recursos insuficientes Efectos secundarios del tratamiento (por ej.: Medicación, radiación) Falta de control de la situación	Expresa sentirse incómodo Suspiros Irritabilidad Expresa falta de tranquilidad en la situación Deterioro del patrón del sueño Inquietud	2008_n_ESTADO DE COMODIDAD 200802 Control de síntomas 200806 Apoyo social de la familia 200801 Bienestar físico 200803 Bienestar psicológico	6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT 5270_r_APOYO EMOCIONAL 5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 1850_r_MEJORAR EL SUEÑO 5440_r_AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
<u>00132 DOLOR AGUDO</u>	Agentes lesivos	Conducta expresiva Máscara facial Observación de evidencias de dolor Postura para evitar el dolor Expresa dolor	2102_n_NIVEL DEL DOLOR 210201 Dolor referido 210204 Duración de los episodios de dolor 210206 Expresiones faciales de dolor	1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO 6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT

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

VALORACIÓN

BORRADOR

FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero. En ella se recoge la información necesaria para determinar el estado de salud de la persona, en este caso del niño.

Aunque el proceso de valoración es único, se han conceptualizado los formularios necesarios para su registro en dos grupos, en función del tipo de valoración:

- **Valoración física: Formularios específicos del proceso de cuidados a niños de 2 a 14 años:** Se utilizan los publicados en la Guía Proceso de cuidados del paciente adulto hospitalizado, pudiendo también documentar ciertas situaciones de los niños más pequeños en los diseñados para el proceso de cuidados a niños de 0 a 24 meses, La información en ellos recogida es gestionada por los enfermeros, que son los responsables de analizarla y poner en marcha las modificaciones oportunas en el plan de cuidados, o de comunicarla a otros profesionales para que tomen las decisiones pertinentes.
- **Formularios para la Valoración enfermera:** se han diseñado dos registros
 - Valoración enfermera primera parte, en la que se documentan los datos necesarios para realizar los diagnósticos de enfermería que han de ser tratados desde las primera 24 horas de ingreso.
 - Valoración enfermera segunda parte; se documenta a partir del 5º día de ingreso y se recogen en ella datos en relación a la gestión de emociones, afrontamiento, relaciones...

Esta información es gestionada por los enfermeros, que asignan diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, para definir las necesidades de cuidados.

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

Formulario de registro y seguimiento

INTRODUCCIÓN

Vea el apartado INTRODUCCIÓN, en la página 103.

BORRADOR

CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN PEDIÁTRICA: NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS.

Vea el apartado CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA PEDIÁTRICA: NIÑOS 0 A 24 MESES, en la página 104 para consultar la información común a este apartado.

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 1

- Cumplimiento del régimen terapéutico (Criterio 1)
- La familia cumple el régimen terapéutico (Criterio 1)

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Resultado IMC
- Alteración del apetito
- Dificultad para masticar
- Dificultad para deglutir (Criterio 2)
- Piel hidratada. Factor de riesgo para el desarrollo de UPP (Criterio 2)
- Mucosas hidratadas. Factor de riesgo para el desarrollo de UPP (Criterio 2)
- Edemas. Factor de riesgo para el desarrollo de UPP (Criterio 2)

Dominio 3:

- Otros problemas urinarios (Criterio 4)
- Eliminación intestinal

Dominio 4:

- Duerme bien.
- Paresias/plejias. Factor de riesgo para el Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Dispositivos de ayuda para caminar. Factor de riesgo para el Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Prótesis ortopédicas. Factor de riesgo para el Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Movilidad. Factor de riesgo para el Riesgo de caídas (Criterio 2, 3)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)
- Escala de Barthel

Dominio 5:

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

Dominio 7:

- Con quién vive

- Dificultades para mantener el contacto padres-niño
- Cuidador principal.

Dominio 9

- Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación

Dominio 10:

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

Dominio 11:

- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2, 3)
- Catéteres – 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)
- Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)
- Riesgo de autolesión
- Riesgo de lesionar a otros
- Ideas o intento de suicidio
- Lesiones orales
- Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral
- Temperatura

Dominio 12:

- Tiene algún tipo de malestar (Criterio 3)
- Dolor agudo

VALORACIÓN AL CUARTO DÍA

Entendemos que todos los puntos han de ser obligatorios.

Se seleccionará la opción “No se puede recoger el dato” 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 en el aprendizaje (Criterio 4)

Dominio 6

- Autoestima (Criterio 3)
- Hubo o se prevén cambios en su cuerpo (Criterio 3)

Dominio 7

- Con quién vive
- Identificado el cuidador principal
- Cuidador principal
- Apoyo familiar (Criterio 3)
- Conflicto en la relación familiar
- Valoración del cuidador principal (Criterio 3):
 - Dificultad para el cuidado del paciente
 - Complejidad de los cuidados
 - Problemas de salud del cuidador

Dominio 9

- Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud (Criterio 3)
- Ansiedad ante la muerte
- Duelo (Criterio 3)
- Expresa y/o se observan conductas/recursos para afrontar su situación (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.

INDICADORES VALORACIÓN ENFERMERA PEDIATRÍA 2

A 14 AÑOS

PESTAÑA "DOMINIO 1-2-3"

→ Datos generales	
 Paciente correctamente identificado 	Desplegable: Sí No
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Desplegable: Sí No
 Valoración Enfermería 2ª parte	Desplegable: Pendiente Realizada
 Alergias conocidas	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Observaciones	
→ D-1. Promoción de la salud	
 Cumplimiento del régimen terapéutico	Desplegable: Sí No No tiene tratamiento prescrito No se puede recoger el dato
No cumple tratamiento (Especificar)	Multiselección: Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Otras indicaciones de enfermería No procede
 La familia cumple el régimen terapéutico	Desplegable: Sí No No tiene tratamiento prescrito No se puede recoger el dato
La familia no cumple el régimen terapéutico (Especificar)	Multiselección: Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Otras indicaciones de enfermería No procede
Déficit de conocimientos	Multiselección: No Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Indicaciones de enfermería No procede
Vacunación completa	Desplegable: Sí No Negación de los padres o tutores
Responsable del tratamiento (Nombre y Apellidos)	
Responsable del tratamiento (Parentesco)	
Observaciones	
→ D-2. Nutrición	
Dieta habitual 	

Dieta adecuada para la edad (en textura y nutrientes)	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Inadecuada (Especificar)	
Lactancia materna	Desplegable: Sí No
Intolerancias alimentarias	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Intolerancias alimentarias (Especificar)	
Talla (cm)	
Peso (kg)	
Índice de Masa Corporal	Fórmula
Resultado IMC	Desplegable: <18,5: Bajo peso 18,5-23,9: Normopeso 24-24,9: Normopeso 25-26,9: Sobrepeso I 27-29,9: Sobrepeso II 30-34,9: Obesidad I 35-39,9: Obesidad II 40-49,9: Obesidad III (Mórbida) >50 Obesidad IV (Extrema) No se puede recoger el dato
Alteración del apetito	Desplegable: No Aumentado Disminuido No se puede recoger el dato
Desde	
Lo atribuye a	
Dificultad para masticar	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Causa	
Dificultad para deglutir	Desplegable: No Líquidos Sólidos Líquidos y sólidos No se puede recoger el dato
Vómitos	Desplegable: Sí No
Desde	
Piel hidratada	Desplegable: Sí No
Mucosas hidratadas	Desplegable: Sí No
Edemas	Desplegable: Sí No
Criterios de valoración de riesgo nutricional	
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
Problemas al orinar	Multiselección: No Disuria Polaquiuria Nicturia
Otros problemas urinarios	Desplegable: No Sensación de urgencia Retención urinaria

	Sensación de urgencia y retención urinaria No se puede recoger el dato
Hábito intestinal (deposiciones/días)	
 Eliminación intestinal	Desplegable: Según su hábito intestinal Diarrea Riesgo de estreñimiento Estreñimiento No se puede recoger el dato
Utiliza ayudas para facilitar-favorecer la eliminación	Desplegable: Sí No
Especificar ayudas	
Control esfínter urinario	Desplegable: Sí No No procede por la edad
Control esfínter anal	Desplegable: Sí No No procede por la edad
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 4-5"

→ D-4. Actividad-Reposo	
 Duerme bien	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Sí No
Especificar ayuda	
 Paresias-Plejias	Desplegable: No Sí MMII Sí MMSS Hemiplejia Hemiparesia
 Dispositivos de ayuda para caminar	Desplegable: No Bastón Muleta Andador
 Prótesis ortopédicas	Desplegable: No Sí extremidades inferiores Si extremidades superiores
 Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
 Dificultad respiratoria	Desplegable: No Aleteo nasal Disnea de esfuerzo Disnea en reposo
→ Escala de Barthel	
 Momento de la valoración	Desplegable: Previo al ingreso Ingreso Alta Otros
 Comer	Desplegable: Totalmente independiente Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc Dependiente
 Lavarse. Baño	Desplegable: Independiente. Entra y sale solo al baño Dependiente

 Vestirse	Desplegable: Independiente. Se quita y se pone la ropa. Se ata los zapatos, se abotona. Necesita ayuda Dependiente
 Arreglarse. Aseo	Desplegable: Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc Dependiente
 Deposición	Desplegable: Continente Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa ayuda para lavativas Incontinente
 Micción 	Desplegable: Continente o es capaz de cuidarse de la sonda Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda Incontinente
 Usar el retrete	Desplegable: Independiente para ir al wc, quitarse y ponerse la ropa. Necesita ayuda para ir al wc, pero se limpia solo. Dependiente
 Trasladarse	Desplegable: Independiente para ir del sillón a la cama Mínima ayuda física o supervisión Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda Dependiente
 Deambular	Desplegable: Independiente, camina solo 50 m. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m. Independiente en silla de ruedas sin ayuda Dependiente
 Escalones	Desplegable: Independiente para subir y bajar escaleras Necesita ayuda física o supervisión Dependiente
Resultado escala Barthel	Indicador resultado de la E. Barthel
Observaciones	
→ D-5. Percepción-Cognición	
 Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta (Hipervigilante) Consciente Somnoliento Estuporoso Coma
 Orientado	Multiselección: Sí No, persona No, tiempo No, espacio No procede
Prótesis sensoriales (Especificar tipo)	
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 6-7"

→ D-6. Autopercepción	
 Estado de ánimo-emocional	Multiselección: Tranquilo Preocupado Ansioso Triste Apático Irritable

	Eufórico No procede
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quién vive	
Dificultades para mantener el contacto padres-niño	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Especificar dificultades	
Cuidador principal (Nombre y Apellidos)	
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 9"

→ D-9. Afrontamiento-Tolerancia al estrés	
Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación	Desplegable: No Ansiedad (causa inespecífica) Temor (causa específica) No se puede recoger el dato
Lo atribuye a	
Observaciones	

PESTAÑA "DOMINIO 10-11"

→ D-10. Principios vitales	
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Datos recogidos de	Desplegable: Padres Tutor Otro No procede
Observaciones	
→ D-11. Seguridad y protección	
Catéteres	Desplegable: Sí No
Sondas	Desplegable: Sí No
→ D-11. Escala de Braden Q (< 5 años)	
Resultado 	Indicador resultado de E. Braden Q
→ D-11. Escala de Braden (> 5 años)	
Resultado 	Indicador resultado de E. Braden
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 	Desplegable: Sí No
→ D-11. Seguridad continuación	
Piel íntegra	Desplegable: Sí No Pendiente de valorar: apósito que no procede retirar
Riesgo de caídas 	Desplegable: Sí No
Riesgo de aspiración	Desplegable: Sí No

Factores de riesgo de lesión nerviosa o vascular	Multiselección:	No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares	Desplegable:	Sí No
Incapacidad para eliminar secreciones	Desplegable:	Sí No
Causa de la incapacidad (Especificar)	Multiselección:	Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor No procede
Signos de la posibilidad de autolesión	Multiselección:	No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Riesgo de lesionarse	Desplegable:	Detectado No detectado
Signos de la posibilidad de lesionar a otros	Multiselección:	No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Riesgo de lesionar a otros	Desplegable:	Detectado No detectado
Signos de la posibilidad de suicidarse	Multiselección:	No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Ideas o intento de suicidio	Desplegable:	Detectado No detectado
Lesiones orales	Desplegable:	Sí No
Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral	Desplegable:	Sí No
Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral (Especificar)	Multiselección:	Quimioterapia Radioterapia Inhaladores Inmunosupresores No procede
Temperatura	Desplegable:	< 36 36 a 38 > 38
Observaciones		

PESTAÑA "DOMINIO 12-13"

→ D-12. Confort		
Riesgo de tener algún tipo de malestar	Desplegable:	Sí No No se puede recoger el dato
Nivel de dolor niños 2 a 6 años (Escala LLANTO) 	Indicador de resultado escala	LLANTO
Nivel de dolor niños 6 a 14 años (Escala NIPS) 	Indicador de resultado escala	NIPS

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

Acceso directo a los formularios de constantes, catéteres, sondas y control glucémico.

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

INDICADORES DE LAS SECCIONES DE DOMINIOS 5-6-7-9"

→ D-5. Percepción-Cognición	
■ Dificultad en el aprendizaje	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ D-6. Auto percepción	
■ Autoestima	Desplegable: Normal Se infravalora Se supervalora No se puede recoger el dato
■ Hubo o se prevén cambios en su cuerpo	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Especificar cambios	
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
■ Con quién vive	
■ Identificado cuidador principal	Desplegable: Sí No
■ Cuidador principal (Nombre y Apellidos)	
■ Apoyo familiar	Desplegable: Bueno Relativo Rechazo No hay familia No se puede recoger el dato
■ Conflicto en la relación familiar	Desplegable: No Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del paciente No se puede recoger el dato
Valoración del cuidador principal	
■ Dificultad para el cuidado del paciente	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato No procede
■ Complejidad de los cuidados	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato No procede
■ Problemas de salud del cuidador	Desplegable: No Física Emocional No se puede recoger el dato No procede
Observaciones	

→ D-9. Afrontamiento-Tolerancia al estrés	
Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud	Multiselección: No Física Funcional Social No se puede recoger el dato
Sentimientos ante la muerte	Multiselección: Miedo al sufrimiento por la propia muerte Miedo a la agonía prolongada Miedo a enfermedad terminal No procede
Ansiedad ante la muerte	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Duelo	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Expresa sentimientos de	Multiselección: Negación Ira Depresión Pacto Aceptación No se puede recoger el dato No procede
Lo atribuye a	
Expresa o se observan conductas-recursos para afrontar su situación	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Observaciones	
Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para ti lo más importante?	

Accesos directos: No tiene.

ANEXO B: ESCALAS PARA LA VALORACIÓN

Escalas para la valoración

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

Niños menores de cinco años: Escala de Braden Q.

Niños mayores de cinco años: Escala de Braden.

- **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 LA INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP

ESCALA BRADEN Q

Vea el apartado *ESCALA PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE INTEGRIDAD CUTÁNEA POR UPP: ESCALA BRADEN Q*, en la página 113.

BORRADOR

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 ²⁵				PUNTUACIÓN
Puntuación	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	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 para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo	Muy limitada: Reacciona sólo a estímulos dolorosos. 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	Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda: La piel se encuentra expuesta a la humedad por sudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda 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	Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	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	Probablemente inadecuada: Rara vez come una comida completa y	Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come	Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca

²⁵ Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería 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)

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	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	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	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

<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>
---	--	---

PUNTUACIÓN TOTAL

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DEL DOLOR

ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)

Vea el apartado *ESCALA LLANTO (LLANTO ACTITUD NORMORESPIRACIÓN TONO POSTURAL ACTITUD FACIAL)* en la página 120.

BORRADOR

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 línea representa la ausencia de dolor mientras que el extremo derecho 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.

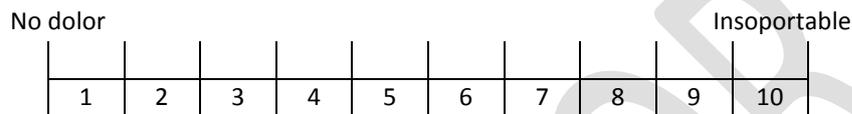
Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest $r = 0,947$. CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en el dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

BORRADOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA 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 línea representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la línea 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 años²⁶



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.



²⁶ Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat, 2006.

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:

Dependencia Total:	<20 Dependiente
Dependencia Grave:	20-35
Dependencia Moderada:	40-55
Dependencia Leve:	>60
Independencia (Máxima puntuación):	100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

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

Propiedades psicométricas: Validada en español. Fiabilidad interobservador: 0,84-0.97; Consistencia interna: 0.86-0.92.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA ²⁷		PUNTUACIÓN
Lavarse-Baño	■ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	■ Dependiente	0
Arreglarse Aseo	■ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	■ 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	■ Contínente 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	■ Contínente	10

²⁷ Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.

■ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
■ Incontinente	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

BORRADOR

DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN

Diagnósticos prevalentes en niños hospitalizados con edades comprendidas entre 2 y 14 años.

DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS ENTRE 2 Y 14 AÑOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES

Vea la introducción en el apartado *DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS ENTRE 0 Y 24 MESES, RESULTADOS E INTERVENCIONES*, en la página 124, ya que resulta de aplicación también en este apartado.

INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN NIÑOS DE 2 A 14 AÑOS

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
DOMINIO 1				
<u>00080 GESTIÓN INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR</u>	Complejidad del régimen terapéutico Demandas excesivas Conflicto familiar	Aceleración de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia Actividades familiares inapropiadas para alcanzar objetivos de salud Expresa tener dificultad con el régimen prescrito Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo	2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO 220202 Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados 220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado 220222 Participación en la planificación del alta 2604_n_NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA 260405 Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado 260417 Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de	8100_r_DERIVACIÓN 4360_r_MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 5602_r_ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5616_r_ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS 5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA 5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL 5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO 7120_r_MOVILIZACIÓN FAMILIAR 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

			<p>la familia</p> <p>2608_n_RESILIENCIA FAMILIAR</p> <p>260803 Se adapta a las adversidades como retos</p> <p>260806 Expresa confianza en la superación de las adversidades</p> <p>260815 Utiliza estrategias de control de conflictos</p> <p>260832 Utiliza el equipo de asistencia sanitaria para información y ayuda</p> <p>1813_n_CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO</p> <p>181301 Beneficios del tratamiento</p> <p>181304 Efectos esperados del tratamiento</p> <p>181310 Proceso de la enfermedad</p> <p>181316 Beneficios del control de la enfermedad</p>	
<p><u>00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD</u></p>	<p>Régimen terapéutico complejo</p> <p>Apoyo social insuficiente</p>	<p>Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud</p>	<p>1813_n_CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO</p> <p>181310 Proceso de la enfermedad</p>	<p>8100_r_DERIVACIÓN</p> <p>4360_r_MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA</p> <p>5602_r_ENSEÑANZA: PROCESO DE</p>

	<p>Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico</p>		<p>181304 Efectos esperados del tratamiento</p> <p>181305 Dieta prescrita</p> <p>181306 Régimen de medicación prescrita</p> <p>181307 Actividad física prescrita</p> <p>1619_n_AUTOCONTROL: DIABETES</p> <p>161910 Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia</p> <p>161929 Usa el procedimiento correcto para la administración de la insulina</p> <p>161908 Participa en el programa educativo prescrito</p> <p>161915 Informa de síntomas de complicaciones</p> <p>1617_n_AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CARDÍACA</p> <p>161704 Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito</p>	<p>ENFERMEDAD</p> <p>5616_r_ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO</p>
--	--	--	---	--

			161710 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad	

BORRADOR

DOMINIO 2

<p><u>00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES</u></p>	<p>Factores psicológicos</p> <p>Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos</p> <p>Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>Falta de apetito</p>	<p>Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal</p> <p>Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado</p> <p>Expresa realizar ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p>	<p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p>
<p><u>00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA SUPERIOR A LAS NECESIDADES</u></p>	<p>Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (como la ansiedad)</p> <p>Peso basal cada vez más alto al inicio de cada</p>		<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS.</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA</p>	<p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p>

	<p>embarazo</p> <p>Obesidad parental</p> <p>Rápida transición en los percentiles de crecimiento en los niños</p> <p>Expresa realizar consumo de alimentos sólidos como principal fuente de alimentación antes de los 5 meses de edad</p>		<p>PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p> <p>1628_n_CONDUCTA DE MANTENIMIENTO DEL PESO</p> <p>162821 Mantiene el peso óptimo</p>	<p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p>
<p><u>00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u></p>	<p>Pérdida importante del volumen de líquidos</p> <p>Ingesta insuficiente de líquido</p> <p>Pérdida excesiva a través de vías normales (p.ej. Diarrea)</p>	<p>Disminución de la diuresis</p> <p>Aumento de la concentración de la orina</p> <p>Sed</p> <p>Sequedad de mucosas</p> <p>Sequedad de la piel</p>	<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p> <p>060226 Diarrea</p> <p>060211 Diuresis</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>
<p><u>00028 RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u></p>	<p>Alteraciones que afectan el aporte de líquidos</p>		<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>0460_r_MANEJO DE LA DIARREA</p>

	Pérdida excesiva a través de vías normales (p. ej. Diarrea) Medicamentos (p.ej. diuréticos)		060226 Diarrea 060211 Diuresis	4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

BORRADOR

DOMINIO 3

<u>00023 RETENCIÓN URINARIA</u>	Obstrucción Inhibición del arco reflejo	Ausencia de diuresis Distensión vesical	0503_n_ELIMINACIÓN URINARIA 050313 Vacía la vejiga completamente	0620_r_CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA 0580_r_SONDAJE VESICAL 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS
<u>00013 DIARREA</u>	Procesos infecciosos Inflamación Mala absorción	Eliminación de al menos tres deposiciones líquidas por día Dolor abdominal Sonidos intestinales hiperactivos	0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación 050105 Heces blandas y formadas 0602_n_HIDRATACIÓN 060215 Ingesta de líquidos 060226 Diarrea 060211 Diuresis	0460_r_MANEJO DE LA DIARREA 4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS 5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL
<u>00011 ESTREÑIMIENTO</u>	Cambios ambientales recientes	Heces duras, secas y formadas	0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación	4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

	<p>Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal</p> <p>Debilidad de los músculos abdominales</p> <p>Actividad física insuficiente</p> <p>Aporte insuficiente de líquidos</p> <p>Ignorar habitualmente la urgencia para defecar</p> <p>Efectos secundarios de la medicación</p>	<p>Dolor al defecar</p> <p>Incapacidad para eliminar las heces</p> <p>Distensión abdominal</p> <p>Fecalomas palpables</p> <p>Disminución de la frecuencia</p>	<p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>0466_r_ADMINISTRACIÓN DE ENEMA</p> <p>0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL</p> <p>0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL</p> <p>0200_r_FOMENTO DEL EJERCICIO</p>
<u>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</u>	<p>Cambios ambientales recientes</p> <p>Actividad física insuficiente</p> <p>Debilidad de los músculos abdominales</p> <p>Efectos secundarios de la</p>		<p>0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL</p> <p>050101 Patrón de eliminación</p> <p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL</p> <p>0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL</p>

	<p>medicación²⁸</p> <p>Ignorar habitualmente la urgencia de defecar</p> <p>Ingesta insuficiente de líquidos</p> <p>Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal</p>			
--	---	--	--	--

²⁸ En la taxonomía NANDA, “farmacológicos”, y especifica los medicamentos.

BORRADOR

DOMINIO 4

<p>00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Sujeciones físicas</p> <p>Ruidos</p> <p>Interrupciones</p> <p>Iluminación</p> <p>Falta de intimidad</p>	<p>Expresa no sentirse bien descansado</p> <p>Expresa no tener dificultad para conciliar el sueño</p> <p>Expresa haberse despertado</p> <p>Insatisfacción con el sueño</p>	<p>0004_n_SUEÑO</p> <p>000404 Calidad del sueño</p>	<p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p>
<p>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	<p>Deterioro músculo-esquelético</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Disconfort</p>	<p>Cambios en la marcha</p> <p>Limitación de la capacidad para las habilidades motoras²⁹</p> <p>Limitación de la amplitud de movimientos</p>	<p>0208_n_MOVILIDAD</p> <p>020806 Ambulación</p> <p>020814 Se mueve con facilidad</p> <p>020802 Mantenimiento de la posición corporal</p>	<p>0221_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN</p> <p>0224_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR</p> <p>0226_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR</p>

²⁹ En la taxonomía NANDA especifica *finas* y *gruesas*.

	<p>Dolor</p> <p>Prescripción de restricción de movimientos</p>	<p>Inestabilidad postural</p> <p>Movimientos descoordinados</p> <p>Dificultad para girarse</p>	<p>0300_n_AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</p> <p>030008 Ambulación</p> <p>030003 Uso del inodoro</p> <p>030010 Realización del traslado</p>	<p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>AA: Elevar la parte corporal afectada</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p> <p>0940_r_CUIDADOS DE TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN</p>
<p>00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>	<p>Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno</p> <p>Debilidad generalizada</p>	<p>Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad</p> <p>Disnea de esfuerzo</p> <p>Expresa fatiga</p> <p>Expresa debilidad</p> <p>Disconfort por esfuerzo</p>	<p>0005_n_TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD</p> <p>000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>000510 Distancia de caminata</p>	<p>0180_r_MANEJO DE LA ENERGÍA</p> <p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p>

<p><u>00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO</u></p>	<p>Deterioro cognitivo</p> <p>Dolor</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Deterioro de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro musculoesquelético</p>	<p>Deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias</p> <p>Deterioro de la capacidad para ponerse los zapatos</p>	<p>0302_n_AUTOCUIDADOS: VESTIR</p> <p>030203 Recoge la ropa</p> <p>030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p>030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</p> <p>030207 Se abrocha la ropa</p> <p>030210 Se pone los zapatos</p> <p>030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo</p> <p>0305_n_AUTOCUIDADOS: HIGIENE</p> <p>030514 Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>030517 Mantiene la higiene corporal</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p> <p>160511 Refiere dolor controlado</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1802_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: VESTIRSE/ARREGLO PERSONAL</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1630_r_VESTIR</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>
<p><u>00108 DÉFICIT DE</u></p>	<p>Deterioro cognitivo</p>	<p>Ayuda total:</p>	<p>0301_n_AUTOCUIDADOS: BAÑO</p>	<p>Intervención de ayuda total:</p>

AUTOCUIDADO: BAÑO	Deterioro neuromuscular	Incapacidad para lavarse el cuerpo	030101 Entra y sale del cuarto de baño	1610_r_BAÑO
	Deterioro de la percepción	Ayuda parcial:	030109 Se baña en la ducha	Intervención de ayuda parcial:
	Debilidad	Incapacidad para acceder al cuarto de baño	030114 Se lava la parte superior del cuerpo	1801_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE
	Disminución de la motivación		030115 Se lava la parte inferior del cuerpo	Intervención de ayuda total/parcial:
	Deterioro de la movilidad		030111 Seca el cuerpo	1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL
	Deterioro músculo-esquelético		0305_n_AUTOCUIDADOS: HIGIENE	Intervención de ayuda total:
	Dolor		030508 Se lava el pelo	1670_r_CUIDADOS DEL CABELLO Y DEL CUERO CABELLUDO
			030510 Se afeita	Intervención de ayuda total:
			030512 Se cuida las uñas de las manos	1650_r_CUIDADOS DE LOS OJOS
			030516 Se cuida las uñas de los pies	Intervención de ayuda total:
			030514 Mantiene una apariencia pulcra	1680_r_CUIDADOS DE LAS UÑAS
			030517 Mantiene la higiene corporal	Intervención de ayuda total:
			1605_n_CONTROL DEL DOLOR	1660_r_CUIDADOS DE LOS PIES
			160511 Refiere dolor controlado	1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO

<p><u>00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</u></p>	<p>Deterioro cognitivo</p> <p>Dolor</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Deterioro de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro músculo-esquelético</p>	<p>Ayuda total:</p> <p>Incapacidad para llevar los alimentos de un recipiente a la boca</p> <p>Ayuda total:</p> <p>Incapacidad para ingerir los alimentos suficientes</p> <p>Ayuda total:</p> <p>Incapacidad para manejar los utensilios.</p> <p>Ayuda parcial:</p> <p>Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión</p>	<p>0303_n_AUTOCUIDADOS: COMER</p> <p>030301 Prepara comida para ingerir</p> <p>030303 Maneja utensilios</p> <p>030308 Se lleva comida a la boca con utensilios</p> <p>030309 Bebe de una taza o vaso</p> <p>030310 Coloca la comida en la boca</p> <p>030312 Mastica la comida</p> <p>030313 Traga la comida</p> <p>030317 Traga líquidos</p> <p>030314 Finaliza una comida</p> <p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100802 Ingestión alimentaria por sonda</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>
---	--	--	---	---

			160511 Refiere dolor controlado	
<u>00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO</u>	<p>Deterioro cognitivo</p> <p>Dolor</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Deterioro de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro de la movilidad</p> <p>Deterioro músculo-esquelético</p>	<p>Incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal</p> <p>Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación</p> <p>Incapacidad para manipular la ropa para la evacuación</p> <p>Incapacidad para sentarse en el inodoro o el orinal</p> <p>Incapacidad para levantarse del inodoro o del orinal</p>	<p>0310_n_AUTOCUIDADOS: USO DEL INODORO</p> <p>030304 Se quita la ropa</p> <p>031005 Se coloca en el inodoro o en el orinal</p> <p>030306 Vacía la vejiga</p> <p>030311 Vacía el intestino</p> <p>030307 Se limpia después de orinar</p> <p>030312 Se limpia después de defecar</p> <p>031008 Se levanta del inodoro u orinal</p> <p>030309 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro</p> <p>1615_n_AUTOCUIDADO DE LA OSTOMÍA</p> <p>161507 Vacía la bolsa de la ostomía</p> <p>161508 Cambia la bolsa de la</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1804_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/DEFECACIÓN</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>0480_r_CUIDADOS DE LA OSTOMÍA</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>

			ostomía 1605_n_CONTROL DEL DOLOR 160511 Refiere dolor controlado	
--	--	--	---	--

BORRADO

DOMINIO 6

<p><u>00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</u></p>	<p>Alteración de la imagen corporal</p> <p>Deterioro funcional</p> <p>Cambios en el rol social</p> <p>Rechazos</p> <p>Enfermedad física</p>	<p>Expresa inutilidad</p> <p>Expresa impotencia</p> <p>Verbalizaciones de negación de sí mismo</p>	<p>1205_n_AUTOESTIMA</p> <p>120511 Nivel de confianza</p> <p>1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA</p> <p>130803 Se adapta a limitaciones funcionales</p> <p>1200_n_IMAGEN CORPORAL</p> <p>120009 Adaptación a cambios en el estado de salud</p>	<p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p> <p>5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA</p> <p>5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL</p>
<p><u>00153 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</u></p>	<p>Alteración de la imagen corporal</p> <p>Deterioro funcional</p> <p>Cambios en el rol social</p> <p>Rechazos</p> <p>Enfermedad física</p>		<p>1205_n_AUTOESTIMA</p> <p>120511 Nivel de confianza</p> <p>1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA</p> <p>130803 Se adapta a limitaciones funcionales</p>	<p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p> <p>5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA</p> <p>5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL</p>

			1200_n_IMAGEN CORPORAL 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud	
<u>00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</u>	Enfermedad Tratamiento de la enfermedad Lesión Cirugía Traumatismo	Falta de una parte del cuerpo Expresa tener percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal Expresa temor a la reacción de los otros Rechazo a verificar un cambio real No mirar una parte del cuerpo No tocar una parte del cuerpo	1200_n_IMAGEN CORPORAL 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud 1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 130803 Se adapta a limitaciones funcionales 1205_n_AUTOESTIMA 120511 Nivel de confianza	5270_r_APOYO EMOCIONAL 5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL

DOMINIO 7

<p>00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR</p>	<p>Estado de salud del cuidador: Problemas físicos</p> <p>Estado de salud del cuidador: Problemas psicológicos</p> <p>Actividades del cuidador: Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas</p> <p>Actividades del cuidador: Complejidad de las actividades</p> <p>Recursos: Conocimientos deficientes sobre los recursos comunitarios</p> <p>Estado de salud del</p>	<p>Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos</p> <p>Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas</p> <p>Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales</p> <p>Estado de salud del cuidador: Físico³¹</p> <p>Estado de salud del cuidador: Emocional³²</p>	<p>2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO</p> <p>220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento</p> <p>220222 Participación en la planificación del alta</p> <p>1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL</p> <p>150101 Desempeño de las expectativas del rol</p> <p>2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</p> <p>250801 Satisfacción con la salud</p>	<p>7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>
---	--	--	--	--

	receptor de los cuidados ³⁰		física 250802 Satisfacción con la salud emocional	
<u>00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR</u>	Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados Deterioro de la salud del cuidador Complejidad de los cuidados Duración de la necesidad de cuidados Falta de actividades recreativas del cuidador Falta de experiencia para cuidar Entorno físico		2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento 220222 Participación en la planificación del alta 1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL 150101 Desempeño de las expectativas del rol 2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 250801 Satisfacción con la salud	7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

³¹ En la taxonomía NANDA los especifica.

³² En la taxonomía NANDA los especifica.

³⁰ En la taxonomía NANDA los especifica.

	inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, trasportes, servicios comunitarios, equipo)		física 250802 Satisfacción con la salud emocional	
--	--	--	--	--

BORRADOR

DOMINIO 9				
00148 TEMOR	Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (p. ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios)	Expresa sentirse asustado	1210_n_NIVEL DE MIEDO 121031 Temor verbalizado	5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 1850_r_MEJORAR EL SUEÑO 5340_r_PRESENCIA 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL
00146 ANSIEDAD	Cambio en el entorno Cambio en el estado de salud Cambio en el estatus del rol	Expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales Nerviosismo Angustia Irritabilidad Trastornos del sueño Temor a consecuencias inespecíficas	1211_n_NIVEL DE ANSIEDAD 121116 Ansiedad verbalizada 121101 Desasosiego 1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL 150101 Desempeño de las expectativas del rol	5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 1850_r_MEJORAR EL SUEÑO 5340_r_PRESENCIA 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

<p><u>00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ</u></p>	<p>Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación</p>	<p>Falta de conducta dirigida al logro de objetivos</p> <p>Empleo de formas de afrontamiento que impida una conducta adaptativa</p> <p>Expresa incapacidad para el afrontamiento</p>	<p>1302_n_AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</p> <p>130214 Verbaliza la necesidad de asistencia</p> <p>130208 Se adapta a los cambios en desarrollo</p> <p>130205 Verbaliza aceptación de la situación</p> <p>0906_n_TOMA DE DECISIONES</p> <p>090602 Identifica alternativas</p> <p>090609 Escoge entre varias alternativas</p>	<p>5230_r_MEJORAR EL AFRONTAMIENTO</p> <p>5250_r_APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>
<p><u>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</u></p>	<p>Información inadecuada por parte de la persona de referencia</p> <p>Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia</p> <p>Comprensión inadecuada</p>	<p>La persona de referencia trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios</p>	<p>2600_n_AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA</p> <p>260011 Establece las prioridades de la familia</p> <p>260003 Enfrenta los problemas familiares</p> <p>260005 Controla los problemas familiares</p>	<p>7140_r_APOYO A LA FAMILIA</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p> <p>5240_r_ASESORAMIENTO</p>

	de la información por parte de la persona de referencia		2204_n_RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE 220401 Comunicación efectiva 220409 Aceptación mutua	
00136 DUELO	<p>Anticipación de la pérdida de un objeto significativo (p. ej. Una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales)</p> <p>Anticipación de la pérdida de una persona significativa</p> <p>Muerte de una persona significativa</p> <p>Pérdida de un objeto significativo (p. ej. una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales)</p>	<p>Alteraciones en el patrón de los sueños</p> <p>Búsqueda de significado de la pérdida</p> <p>Culpa</p> <p>Ira</p>	1304_n_RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN 130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida 130405 Describe el significado de la pérdida 130414 Refiere sueño adecuado 130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro 1204_n_EQUILIBRIO EMOCIONAL 120402 Muestra un estado de ánimo sereno	5290_r_FACILITAR EL DUELO 5270_r_APOYO EMOCIONAL 5340_r_PRESENCIA

<p>00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE</p>	<p>Anticipación de sufrimiento</p> <p>Anticipación de dolor</p> <p>Anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás</p> <p>Incertidumbre sobre el pronóstico</p> <p>Percepción de proximidad de la muerte</p>	<p>Expresa temor al proceso de la agonía</p> <p>Expresa preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas</p> <p>Expresa tristeza profunda</p>	<p>2007_n_MUERTE CONFORTABLE</p> <p>200711 Gemidos</p> <p>200713 Agitación</p> <p>200714 Dolor</p> <p>200724 Apoyo de la familia</p> <p>200722 Bienestar psicológico</p> <p>200701 Calma</p> <p>1211_n_NIVEL DE ANSIEDAD</p> <p>121117 Ansiedad verbalizada</p> <p>121101 Desasosiego</p>	<p>5260_r_CUIDADOS EN LA AGONÍA</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>5340_r_PRESENCIA</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p>
---	---	--	---	--

BOI

DOMINIO 10

<p><u>00083 CONFLICTO DE DECISIONES</u></p>	<p>Falta de información relevante</p> <p>Valores morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias</p> <p>Fuentes de información divergente</p>	<p>Retraso en la toma de decisiones</p> <p>Vacilación entre elecciones alternativas</p> <p>Verbaliza incertidumbre sobre las elecciones</p>	<p>0906_n_TOMA DE DECISIONES</p> <p>090602 Identifica alternativas</p> <p>090609 Escoge entre varias alternativas</p> <p>1302_n_AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</p> <p>130205 Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>5240_r_ASESORAMIENTO</p> <p>5250_r_APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</p>
--	--	---	---	--

BORRADOR

DOMINIO 11

<p>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</p>	<p>Defensas primarias inadecuadas</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular</p> <p>Defensas secundarias inadecuadas: Inmunosupresión (p. ej.: inmunidad adquirida inadecuada, medicamentos, incluyendo inmunosupresores, esteroides, anticuerpos monoclonales,</p>		<p>0703_n_SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN</p> <p>070305 Drenaje purulento</p> <p>070306 Piuria</p> <p>070307 Fiebre</p> <p>070333 Dolor</p> <p>070334 Hipersensibilidad</p> <p>070311 Malestar general</p> <p>1102_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN</p> <p>110213 Aproximación de los bordes de la herida</p> <p>110202 Supuración purulenta</p>	<p>6540_r_CONTROL DE INFECCIONES</p> <p>3440_r_CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN</p> <p>AA Retirar sutura</p> <p>1876_r_CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO</p> <p>AA Cambiar bolsa colectora</p> <p>1870_r_CUIDADOS DEL DRENAJE</p> <p>AA Movilizar drenaje</p> <p>AA Retirar drenaje</p> <p>4054_r_MANEJO DE UN DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO CENTRAL</p> <p>2440_r_MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO³³</p>
---	--	--	--	---

³³ Aunque la NIC descatalogó esta intervención con la publicación de la 6ª edición, cambiándola por la nueva intervención 4054-Manejo de un dispositivo de acceso venoso Central, las actividades de la nueva NIC no se ajustan a la situación de los accesos venosos periféricos, por lo que se mantiene la antigua intervención.

	inmunomoduladores) Procedimientos invasivos		110208 Eritema cutáneo circundante 110209 Edema perilesional 110210 Aumento de la temperatura cutánea 1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN 110301 Granulación 110321 Disminución del tamaño de la herida 110312 Necrosis 1106_n_CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS 110601 Porcentaje de zona del injerto curada 110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada 110603 Granulación tisular 110606 Dolor 110608 Piel con ampollas	AA Cambio de sistema de infusión/llaves AA Cambio del conector 1872_r_CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO 3583_r_CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DEL INJERTO 3582_r_CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DONANTE 3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS 1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO
--	--	--	--	---

			110613 Necrosis	
<u>00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</u>	Efectos secundarios del tratamiento (p. ej.: quimioterapia, fármacos, radioterapia). Inmunosupresión Factores mecánicos (p.ej.: dentadura mal adaptada, puentes, intubación, cirugía en la cavidad oral)	Dificultad para hablar Dificultad para deglutir Malestar oral Lesiones orales Estomatitis	1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS 110104 Hidratación 110116 Lesiones de la membrana mucosa 1100_n_SALUD ORAL 110001 Limpieza de la boca 110012 Integridad de la mucosa oral 110022 Lesiones en la mucosa oral 110021 Dolor	1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL 1730_r_RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL 1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO
<u>00155 RIESGO DE CAÍDAS</u>	Historia de caídas Prótesis en las extremidades inferiores Uso de dispositivos de ayuda Disminución del estado		1912_n_CAÍDAS 191201 Caídas en bipedestación 191202 Caídas caminando 191203 Caídas sentado 191204 Caídas de la cama	6490_r_PREVENCIÓN DE CAÍDAS 6580_r_SUJECCIÓN FÍSICA 6486_r_MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

	<p>mental</p> <p>Medicación</p> <p>Dificultad en la marcha</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Urgencia urinaria</p> <p>Dificultades auditivas</p> <p>Dificultades visuales</p>		<p>191209 Caídas al ir al servicio</p> <p>1828_n_CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</p> <p>182803 Calzado adecuado</p> <p>182807 Uso correcto de la iluminación ambiental</p> <p>182808 Cuándo pedir ayuda personal</p> <p>182812 Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas</p> <p>182817 Cómo deambular de manera segura</p>	
<p><u>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</u></p>	<p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Cambios en la turgencia de la piel</p> <p>Estado de desequilibrio</p>		<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>110121 Eritema</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16: DIARIAMENTE • Entre 16-18: CADA 4 DÍAS • Mayor de 18: SEMANALMENTE

	<p>nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p> <p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p> <p>Hidratación</p> <p>Radiación</p>		100405 Relación peso/talla	<p>AA Pañal</p> <p>AA: Colector externo</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>AA Elevar la parte corporal afecta</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<u>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</u>	<p>Radiación</p> <p>Cambios en la turgencia</p> <p>Estado de desequilibrio nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p>	<p>Alteración de la superficie de la piel</p> <p>Destrucción de las capas de la piel</p>	<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110111 Perfusión tisular</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA:</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menos de 16: DIARIAMENTE

	<p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p> <p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Hidratación</p>		<p>POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entre 16-18: CADA 4 DÍAS Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>AA Pañal</p> <p>AA: Colector externo</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p> <p>AA: Elevar la parte corporal afecta</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>
--	--	--	---	--

BORRADOR

				4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS
<u>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</u>	<p>Alteración de la circulación</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Radiación</p> <p>Factores nutricionales (p.ej.: déficit o exceso)</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: presión, cizallamiento, fricción)</p>	<p>Lesión tisular (p.ej.: córnea, tejido tegumentario o subcutáneo)</p> <p>Destrucción tisular</p>	<p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 16: DIARIAMENTE • Entre 16-18: CADA 4 DÍAS • Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>AA Pañal</p> <p>AA Colector externo</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p> <p>AA Elevar la parte corporal afecta</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS:</p>

				<p>QUEMADURAS</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<u>00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN</u>	<p>Depresión del reflejo tusígeno</p> <p>Depresión del reflejo nauseoso</p> <p>Deterioro de la deglución</p> <p>Traqueotomía</p> <p>Disminución del nivel de conciencia</p> <p>Alimentación por sonda</p> <p>Sondajes gastrointestinales</p> <p>Incompetencia del esfínter esofágico interior</p>		<p>1935_n_CONTROL DEL RIESGO: ASPIRACIÓN</p> <p>193502 Identifica factores de riesgo de aspiración</p> <p>193509 Se sitúa en posición vertical para comer y beber</p> <p>1010_n_ESTADO DE DEGLUCIÓN</p> <p>101004 Capacidad de masticación</p> <p>101012 Atragantamiento, tos o náuseas</p>	<p>3200_r_PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN</p> <p>AA Espesantes</p> <p>1860_r_TERAPIA DE DEGLUCIÓN</p>

<p><u>00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS</u></p>	<p>Mucosidad excesiva</p> <p>Exudado alveolar</p> <p>Vía aérea artificial</p> <p>Disfunción neuromuscular</p> <p>Dolor</p>	<p>Excesiva cantidad de esputo</p> <p>Tos inefectiva</p> <p>Cianosis</p> <p>Disnea</p> <p>Ausencia de la tos</p> <p>Cambios en el ritmo respiratorio</p>	<p>0410_n_ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS</p> <p>041020 Acumulación de esputos</p> <p>041012 Capacidad de eliminar secreciones</p> <p>2102_n_NIVEL DEL DOLOR</p> <p>210201 Dolor referido</p> <p>210224 Muecas de dolor</p>	<p>3350_r_MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA</p> <p>3140_r_MANEJO DE LA VÍA AÉREA</p> <p>3160_r_ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS</p> <p>3180_r_MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES</p> <p>AA Cambio de cánula</p> <p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p>
<p><u>00086 RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA</u></p>	<p>Compresión mecánica (p ej.: torniquete, muleta, escayola, abrazadera, apósito, sujeción)</p> <p>Inmovilización</p>		<p>0407_n_PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA</p> <p>040742 Hormigueo</p> <p>040743 Palidez</p> <p>040747 Rubor</p> <p>040710 Temperatura de extremidades caliente</p> <p>040712 Edema periférico</p> <p>040713 Dolor localizado en</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>4070_r_PRECAUCIONES CIRCULATORIAS</p>

			extremidades	
<u>00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS</u>	<p>Historia de amenazas de violencia</p> <p>Historia de conducta antisocial violenta</p> <p>Historia de violencia indirecta</p> <p>Historia de violencia contra otros</p>		<p>1401_n_AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN</p> <p>140104 Se abstiene de dañar a los demás</p> <p>140115 Identifica alternativas a la agresión</p> <p>140119 Mantiene el autocontrol sin supervisión</p>	<p>6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA</p> <p>6580_r_SUJECIÓN FÍSICA</p>
<u>00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA</u>	<p>Antecedentes familiares (p.ej.: caóticos o conflictivos, historia de suicidio)</p> <p>Historia de múltiples intentos de suicidio</p> <p>Problemas de salud mental (p.ej.: depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo o abuso de</p>		<p>1405_n_AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS</p> <p>140501 Identifica conductas compulsivas perjudiciales</p> <p>140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión</p>	<p>6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA</p> <p>6580_r_SUJECIÓN FÍSICA</p>

	drogas) Claves verbales (p. ej.: hablar sobre la muerte, "estarían mejor sin mí", formular preguntas sobre dosis letales de fármacos)			
<u>00150 RIESGO DE SUICIDIO</u>	Historia de intentos previos de suicidio Historia familiar de suicidio		1408_n_AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA 140803 Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos 140805 Verbaliza control de impulsos 140818 Busca tratamiento contra el abuso de sustancias	6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA 6580_r_SUJECIÓN FÍSICA
<u>00007 HIPERTERMIA</u>	Enfermedad	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal Calor al tacto	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080019 Hipertermia 080014 Deshidratación	3740_r_TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

<u>00006 HIPOTERMIA</u>	Enfermedad Medicamentos Traumatismo	Temperatura corporal por debajo de rango normal	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080020 Hipotermia	3800_r_TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA
--------------------------------	---	---	---	--

BORRADOR

DOMINIO 12

<p><u>00214 DISCONFORT</u></p>	<p>Síntomas relacionados con la enfermedad</p> <p>Recursos insuficientes</p> <p>Efectos secundarios del tratamiento (por ej.: Medicación, radiación)</p> <p>Falta de control de la situación</p>	<p>Expresa sentirse incómodo</p> <p>Suspiros</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Expresa falta de tranquilidad en la situación</p> <p>Deterioro del patrón del sueño</p> <p>Inquietud</p>	<p>2008_n_ESTADO DE COMODIDAD</p> <p>200802 Control de síntomas</p> <p>200806 Apoyo social de la familia</p> <p>200801 Bienestar físico</p> <p>200803 Bienestar psicológico</p>	<p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>5440_r_AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO</p>
<p><u>00132 DOLOR AGUDO</u></p>	<p>Agentes lesivos</p>	<p>Conducta expresiva</p> <p>Máscara facial</p> <p>Observación de evidencias de dolor</p> <p>Postura para evitar el dolor</p>	<p>2102_n_NIVEL DEL DOLOR</p> <p>210201 Dolor referido</p> <p>210204 Duración de los episodios de dolor</p> <p>210206 Expresiones faciales de dolor</p>	<p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p>

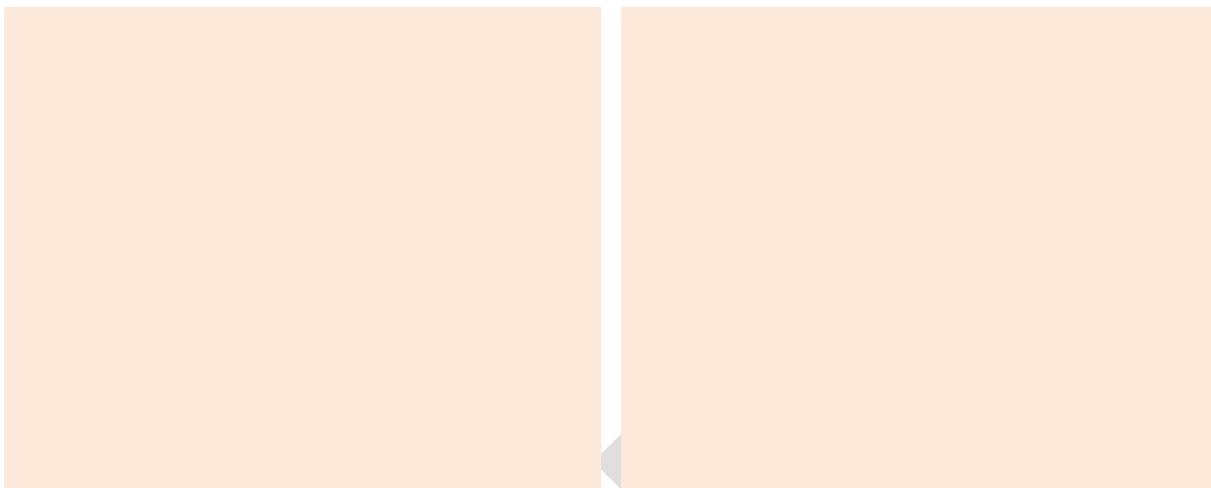
		Expresa dolor		

BORRADOR

ANEXO 1

BORRADOR

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



BORRADOR

