



**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA
HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS
PARA ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
HRCE-UNISON**

RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN:

L.E. BEATRIZ EUGENIA ALDAY SANTACRUZ

COLABORADORAS:

M.ED. CLAUDIA IRENE PONCE MEZA

M.G.S.S. MIRIAM ROCÍO LIMA PERALTA

M. ED. MANUELA DE JESÚS ESCALANTE VERDUGO

HERMOSILLO, SONORA. JULIO DEL 2018

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO.....	1
RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO.....	2
INSTRUCCIONES DE LLENADO.....	3
ANEXOS.....	9

INTRODUCCIÓN

El registro clínico de enfermería es un documento ético-legal que refleja la metodología para brindar el cuidado de enfermería a la vez que recaba información sobre el estado de salud del usuario durante su estancia hospitalaria. Por este motivo resulta prioritario que el estudiante de la Licenciatura en Enfermería, adquiera desde su formación la habilidad y destreza en el llenado correcto de este registro que servirá para la organización de sus actividades y también para crear conciencia sobre la importancia de la adecuada comunicación escrita entre los profesionales de la salud.

La hoja de registros clínicos de enfermería (HRCE) como parte esencial que conforma el expediente clínico, ha evolucionado en respuesta a la actualización de las legislaciones sanitarias y a la demanda de atención de los servicios de salud, obligando a las instituciones a que la estructura de estos formatos refleje de manera objetiva la aplicación del proceso de enfermería percibido como instrumento científico de trabajo.

Este instructivo se presenta como una guía para orientar al estudiante, de manera correcta y basada en la normatividad actual, en el desarrollo del llenado del formato diseñado para el cumplimiento de esta importante actividad de enfermería.

OBJETIVO

Contar con un Instrumento que sirva de guía para los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en el llenado correcto de la Hoja de Registros Clínicos de enfermería herramienta utilizada durante el desarrollo de las prácticas clínicas.

RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO

- La HRCE deberá ser llenada con tinta azul o negra.
- No recurrir al corrector en caso de error, ni utilizar tachaduras o enmendaduras.
- Utilizar letra de molde, clara y legible.
- El registro de los datos debe realizarse inmediatamente después de su obtención.
- Cuando se escriba un error, la palabra se colocará entre paréntesis y enseguida se anotará la palabra correcta.
- Los formatos deberán estar firmados tanto por el alumno como por el docente y cuando sea posible, se recabará también el visto bueno de la enfermera encargada del usuario.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Nº	DATO	DESCRIPCIÓN
FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
1.	Nombre	Registrar nombre completo iniciando por apellidos paterno, materno y nombre (s)
2.	Expediente	Número y/o registro que asigna la institución hospitalaria al usuario
3.	Número de cama	El número de la cama que se asigna al usuario
4.	Hospital	Nombre del Hospital o Institución de salud donde se encuentre el usuario
5.	Servicio	El nombre del servicio donde se encuentre hospitalizado el usuario.
6.	Fecha de nacimiento	La fecha que corresponde al día de nacimiento del usuario, señalando dos dígitos para el día, dos dígitos para el mes y cuatro dígitos para el año (dd/mm/año)
7.	Edad	Años cumplidos del usuario anotados en número arábigo. En caso de menores de 1 año se anotará número de meses / 12 (mm/12) En caso de menores de 1 mes se anotará número de días / 30 (dd/30)
8.	Sexo	Se anotará "F" para el sexo femenino y "M" para el sexo masculino. En caso de recién nacido se anotará RN F o RN M
9.	Alergias	Registrar el nombre y/o tipo de agente (medicamento, alimento, material, etc) al que el usuario refiera alergias conocidas.
10.	Procedencia	Lugar de donde procede el usuario al momento del ingreso
11.	Grupo Sanguíneo y Rh	El Grupo sanguíneo del usuario y Factor Rh positivo o negativo. Ejem. AB (+)
12.	Diagnóstico médico	El diagnóstico de presunción o definitivo principal del usuario. En caso de contar con más de un diagnóstico, se separaran con diagonal.
13.	Fecha de ingreso	Corresponde a la fecha de ingreso del usuario a la Institución de salud.
14.	Fecha actual	Se registra el día, mes y año en que se realiza el llenado (dd/mm/año)
15.	Motivo de ingreso	Se registra el motivo por el cual el usuario acude a la Institución de salud a solicitar atención
16.	Religión	Registrar religión o fe expresada por el usuario. (En caso de que ésta interfiera con el tratamiento, anotarlo)
GRÁFICA DE SIGNOS VITALES		
17.	Temperatura Corporal	Registrar la temperatura corporal (TC), marcando con un círculo relleno rojo (●) en el sitio en que coinciden la cifra obtenida en grados centígrados en relación con la hora en que se realiza la medición uniendo con una línea los puntos correspondientes entre la medición anterior y la actual para formar la gráfica, utilizando la escala de medición de 35 a 40.
18.	Temperatura de la incubadora	Registrar la temperatura de la incubadora (TI), marcando con un círculo en línea rojo (○) en el sitio en que coinciden la cifra obtenida en grados centígrados en relación con la hora en que se realiza la medición uniendo con una línea los puntos correspondientes entre la medición anterior y la actual para formar la gráfica, utilizando la escala de medición de 35 a 40.
19.	Frecuencia Respiratoria	Registrar la frecuencia respiratoria (FR), marcando con un círculo en línea azul (○) en el sitio en que coinciden el número de respiraciones obtenida en un minuto en relación con la hora en que se realiza la medición uniendo con una línea los puntos correspondientes entre la medición anterior y la actual para formar la gráfica, utilizando la escala de 10 a 90.
20.	Frecuencia cardiaca.	Registrar la frecuencia cardiaca (FC) con un círculo relleno negro (●) en el sitio que coincidan las cifras obtenidas de pulsaciones y/o frecuencia cardiaca en un

		minuto utilizando la escala de 40 a 220 y la hora de la medición uniendo con una línea los puntos correspondientes entre la medición anterior y la actual.
21.	Tensión arterial y/o Presión arterial	Registrar la Tensión Arterial (TA) correspondientes a las cifras obtenidas en la medición utilizando la columna numérica de 40 a 220 mediante el siguiente signo:  Para registrar la presión arterial sistólica se dibuja una flecha hacia abajo y la presión diastólica hacia arriba, uniendo los dos extremos con una línea vertical. Para indicar la Presión arterial media (PAM) de traza una línea horizontal
22.	Dolor	Registrar la puntuación obtenida resultado de la valoración, utilizando la escala según las características del usuario (Numérica, EVA, WONGBAKER, etc.) En el apartado de valoración se deberán describir las características del dolor: localización, intensidad, duración
23.	Saturación de oxígeno	Registrar la cantidad de oxígeno disponible en sangre medida en porcentaje mediante oximetría
24.	Glicemia capilar	Registrar el resultado de la prueba reactiva para medir la glucosa en capilares
25.	Perímetros	Registrar en centímetros la longitud de los perímetros del usuario según la hora de medición (abdominal, cefálico, torácico)
26.	Presión venosa central	Registrar con número arábigo la cifra obtenida en la medición de la Presión Venosa Central (PVC) en la columna y horario correspondiente en los casos en que este indicado.
VALORACIÓN Y ATENCIÓN DE RIESGOS		
27.	Riesgo de caídas	Anotar la hora en que se realizó la valoración, la puntuación obtenida y el nivel de riesgo (B para bajo, M para medio o A para alto) en base a los criterios que presenta el usuario o predisposición a sufrir una caída. Señalar la escala utilizada. La frecuencia de revaloración será según las condiciones del usuario.
28.	Riesgo de Úlceras por Presión	Anotar la hora en que se realizó la valoración, la puntuación obtenida y el nivel de riesgo (B para bajo, M para medio o A para alto) en base a los criterios que presenta el usuario o predisposición a sufrir una ulcera por presión (UPP). Señalar la escala utilizada. La frecuencia de revaloración será según las condiciones del usuario.
29.	Medidas precautorias aplicadas para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS)	Indicar con el símbolo convencional ✓ las medidas precautorias aplicadas en el cuidado del usuario: <ul style="list-style-type: none"> • Precauciones Estándar • Precauciones basadas en la transmisión (Contacto, Gotas, Vía aérea)
30.	Clasificación de la condición del paciente	Identificar con el símbolo convencional ✓ si la condición es Vulnerable o de Riesgo y documentar el motivo de dicha condición.
31.	Peso	El valor obtenido de la medición del peso del usuario en kilogramos y gramos.
32.	Talla	El valor obtenido de la estatura del usuario en metros y centímetros.
33.	Índice de masa corporal	El cálculo del IMC según la fórmula: $\left[\frac{\text{peso (kg)}}{\text{talla}^2 \text{ (m)}} \right]$
34.	Mapa corporal	Identificar en la imagen del mapa corporal mediante el símbolo convencional X el sitio anatómico que corresponda, en caso de que el usuario cuente con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Catéter venoso periférico 2. Catéter venoso central 3. Catéter puerto implantable subcutáneo 4. Catéter central de inserción periférica (PICC) 5. Sondas

		6. Drenajes 7. Herida quirúrgica 8. Estoma 9. Ulcera por Presión 10. Línea arterial 11. Inmovilidad 12. Otro: Especificar (Ejemplo Fondo uterino)
HABITUS EXTERIOR		
35.	Constitución	Registrar de acuerdo al tipo de constitución corporal del usuario en: Ectomorfo: alto y delgado, hombros y pelvis de la misma anchura. Mesomorfo: Constitución musculosa y fuerte, mayor anchura de hombros que de pelvis Endomorfo: Predisposición al exceso de grasa y a las formas redondeadas.
36.	Actitud	Comportamiento del usuario hacia el estudiante y/o personal de salud (cooperador, apático, irritable, rechazo)
37.	Facies	La expresión facial del usuario al momento de la valoración (triste, alegre, de dolor)
38.	Estado de conciencia	El grado de conexión del usuario consigo mismo y con su medio ambiente: Alerta: Nivel de alerta y atención normal, junto con estímulos internos y externos, con pleno conocimiento de él y de su entorno. Somnolencia: La persona tiene dificultad para mantener la alerta y la atención, la estimulación verbal y física producen fluctuaciones de la somnolencia. Estupor: Estado de somnolencia profunda, respuesta mediante estímulos potentes, ocasionalmente se producen respuestas ininteligibles, hay una incapacidad de producir respuestas de forma espontánea. Coma: Es un estado de pérdida de la conciencia y de falta de respuesta nerviosa voluntaria a cualquier tipo de estímulo. La persona permanece con los ojos cerrados.
39.	Movimientos	La característica de los movimientos que se observan en el usuario: Voluntarios o involuntarios
40.	Postura	Señalar el tipo de postura: Voluntaria, libremente escogida o Involuntaria; impedimentos físicos (óseo o muscular), forzada, instintiva, pasiva. Nota: En los casos en que no sea posible la valoración, registrar como No valorable (NV)
41.	Lenguaje	Adecuado: cuando el usuario realice pronunciaciones correctas. En caso de alteración: Disartria: cuanto se observe algún trastorno articulatorio secundario a un déficit neurológico. Disglosia: si existiera algún trastorno de la pronunciación determinada por problemas estructurales del aparato bucofonatorio. Disprosodia: Cuando existe alteración en la modulación y ritmo. Disfemia: o tartamudeo en caso de que observara algún trastorno del habla caracterizado por tropiezos, espasmos y repeticiones debido a una imperfecta coordinación de las funciones ideomotrices cerebrales.
42.	Estudios de laboratorio	Registrar los estudios de laboratorio realizados al usuario durante el tiempo de su atención. Si se trata de un estudio pendiente de realizar, se puede registrar en el apartado de observaciones.
43.	Estudios de gabinete	Registrar los estudios de gabinete realizados al usuario durante el turno de atención. Si se trata de un estudio pendiente de realizar, se puede registrar en el apartado de observaciones.
44.	Tipo de dieta	Registrar el tipo de dieta y líquidos orales prescritos al usuario, en caso de tener indicación de ayuno o de algún suplemento alimenticio, especificar en

		este apartado.
45.	Alimentos ingeridos	Registrar el tipo de alimento y las porciones consumidas por el usuario en los horarios de comida.
46.	Solución parenteral	Registrar el nombre y/o tipo de soluciones parenterales administradas al usuario, así como medicamentos agregados. Señalando volumen total, tiempo de duración, hora de inicio y hora de término.
47.	Sangre y/o hemocomponentes	Registrar el Tipo, Grupo-Rh y Folio de hemocomponentes transfundidos al usuario. Registrar signos vitales antes de la transfusión, durante y posterior a la transfusión.
48.	Reacción adversa a la transfusión	En caso de RAT registrar el tipo de reacción y/o manifestaciones clínicas presentadas por el usuario y seguir protocolo institucional.
49.	Diuresis/Código	Registrar características macroscópicas de la orina: color, olor, turbiedad.
50.	Evacuaciones/Código	Registrar características de evacuación utilizando los siguientes códigos: F: Formada C: café L: líquida SL: semilíquida P: pastosa V: verde M: melena Mec: meconio Ac: acolia O: oleosa Mu: mucosa G: grumosa Fe: fétida S: sangre A: amarilla Ra: restos alimenticios En los casos en que se presente más de una característica se empleara una diagonal (/) en su registro.
51.	Vomito/Código	Registrar y describir el vómito según su composición: Acido (con jugos gástricos), Biliar (contiene bilis), Fecaloide (contiene materia fecal, es verde o negro), Hematemesis (contiene sangre, es rojo o negro), etc.
MÓDULO DE CONTROL DE LÍQUIDOS		
52.	Hora	Columna horario de siete horas progresivas, según el horario de práctica.
53.	Oral	Si el usuario tiene indicación de control estricto de líquidos, registrar con número arábigo la cantidad de líquidos administrados expresados en mililitros en la columna y horario correspondiente a: <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Sonda • Soluciones parenterales • Hemoderivados • Medicamentos • Otros (cargas, irrigaciones, etc.)
54.	Sonda	
55.	Soluciones parenterales	
56.	Hemoderivados	
57.	Medicamentos	
58.	Otros	
59.	Diuresis	
60.	Estomas	Si el usuario tiene indicación de control estricto de líquidos, registrar con número arábigo la cantidad de líquidos excretados expresados en mililitros correspondiente a: <ul style="list-style-type: none"> • Diuresis • Efluente de estomas • Vómito • Evacuación • Drenajes • Succión • Otros
61.	Vomito	
62.	Evacuación	
63.	Drenes	
64.	Sangrado	
65.	Succión	
66.	Otros	
67.	Subtotal	
68.	Total Ingresos	Realizar la sumatoria total de todos los ingresos en el usuario por las diferentes vías y registrarlos en este apartado.
69.	Total Egresos	Realizar la sumatoria total de todos los egresos y registrarlos en este apartado.
70.	Perdidas insensibles	Realizar el cálculo de las pérdidas extraordinarias (insensibles) por las horas que corresponda a cada caso y registrarlo en este apartado.

71.	Balance hídrico	Calcular la diferencia entre total ingresos y total egresos (agregando a este, la cantidad obtenida de pérdidas insensibles cuando así lo amerite) y registrar el resultado. Resultará <i>Positivo (+)</i> si los ingresos son mayores que los egresos, <i>Negativo(-)</i> cuando los ingresos sean menores que los egresos y <i>Neutro</i> si la cantidad de ingresos es igual a la cantidad de egresos.
72.	Diuresis horaria	Registrar resultado del cálculo: Total de diuresis/KILOS/ número de horas
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		
73.	Medicamento	Registrar el nombre genérico y presentación del medicamento administrado al usuario.
74.	Dosis	La dosis del medicamento con su unidad de medida según la prescripción médica indicada al usuario.
75.	Vía	Señalar la vía de administración, enteral o parenteral utilizando abreviaturas estandarizadas (IV, VO, SC, IM, etc)
76.	Frecuencia	Frecuencia de administración. Ejemplo: c/ 12 hr, c/ 8 hr, etc.
77.	Hora de Administración	La hora en que fue administrado el medicamento.
78.	Fecha de caducidad	Registrar la fecha de caducidad que especifica el fabricante.
79.	Doble verificación	Señalar SI ó NO se llevó a cabo la doble verificación dependiendo del tipo de medicamento. En los medicamentos de alto riesgo se deberá realizar esta medida por dos personas competentes tanto durante la preparación como durante la administración.
80.	Reacción al medicamento	Si: Documentar el tipo de reacción adversa a medicamentos que presenta el usuario y notificar para su atención, estudio y seguimiento posterior. No: En caso de no presentarse, indicar con el símbolo convencional X en el apartado correspondiente
PROCESO DE ENFERMERÍA		
81.	Valoración de Patrones Funcionales de Salud	Una vez valorados los Patrones Funcionales de Salud en forma completa o focalizada, señalar en cada apartado la conclusión del análisis de cada uno: F: Funcional D: Disfuncional R: En riesgo
82.	Valoración de Enfermería: Datos relevantes	Registrar los datos objetivos (signos) y subjetivos (síntomas) resultados de la valoración. Los datos que se registren pueden obtenerse de fuentes primarias o secundarias, deberán estar validados y basados en una comunicación efectiva con el paciente, familiar y equipo de salud.
83.	Diagnóstico de enfermería	Registrar diagnósticos de enfermería prioritarios basados en las respuestas humanas a una condición de salud, proceso vital o vulnerabilidad a esa respuesta. Utilizar taxonomía NANDA .
84.	Criterio de resultado NOC	Establecer los criterios observables más específicos que el estudiante planteará para dirigir las intervenciones y el logro de los resultados esperados NOC en el usuario.
85.	Intervenciones de enfermería	Registrar las intervenciones y actividades de enfermería proporcionadas al usuario (prioritarias, sugeridas y opcionales) para favorecer el resultado esperado. Utilizar taxonomía NIC.
86.	Evaluación	Evaluar los objetivos plantados, los resultados esperados y los indicadores. Determinar la eficacia del plan de cuidados.
87.	Plan de Alta	En este apartado documentara la información de promoción, prevención, curación, control y rehabilitación que garantice la continuidad y autonomía de los cuidados, posterior al alta, Ejemplo: Recomendaciones higiénicas, dietéticas, cuidados específicos, horarios de medicamentos, ejercicio de

		rehabilitación, etc. dejando evidencia en las intervenciones de enfermería. Se puede proporcionar adicionalmente información impresa mediante trípticos relacionada con las necesidades de salud del usuario.
88.	Observaciones	Registrar toda aquella información importante y relevante que el estudiante considere comunicar en relación al cuidado del usuario y su evolución y que no pueda registrar en los otros apartados.
89.	Lista de Verificación Pre Quirúrgica	Registre con el signo convencional ✓ si el usuario cuenta con los requisitos prequirúrgicos o bien, X si no cuenta con ellos o no aplica.
90.	Firma del alumno	Al finalizar el horario de práctica clínica, el estudiante de enfermería registrará su nombre completo y firma en el apartado, validando la información registrada.
91.	VoBo. Personal de enfermería.	Siempre que sea posible el personal de enfermería responsable del usuario firmara la hoja de registros avalando con su visto bueno las actividades del alumno.
92.	Firma del docente	Una vez que el docente revisa la Hoja de registros clínicos y valida el trabajo del estudiante, firma la hoja realizando las observaciones necesarias.

ANEXOS

1. Escalas de valoración de riesgo de caída
2. Escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión
3. Escalas de valoración de Dolor
4. Indicadores para clasificar la condición del usuario (Según Estándares de certificación)

1.- ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDA

ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON (Modificada)	
CRITERIOS	PUNTOS
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10
Calificación del riesgo	
Alto riesgo	4 a 10 puntos
Mediano riesgo	2 a 3 puntos
Bajo riesgo	0 a 1 puntos

ESCALA DE VALORACIÓN DE J.H. DOWNTON		
	RESPUESTA	PUNTOS
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizante/sedante	1
	Diureticos	1
	Hipotensores	1
	Antidepresivos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Anestesia	1
Déficits Sensitivo-Motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones en extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
Edad	Menor de 70 a1os	0
	Mayor de 70 a1os	1

Clasificaci3n del riesgo	
Nivel de Riesgo	Puntos
Riesgo Alto	3 puntos o m1s
Riesgo bajo	Menos de 3 puntos

ESCALA DE VALORACIÓN DE HUMPY DUMPY (en niños)		
PARÁMETRO	CRITERIO	PUNTOS
Edad	Menor de 3 años	4
	De 3 a 7 años	3
	De 7 a 13 años	2
	Mayor a 13 años	1
Genero	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnóstico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de la oxigenación (Problemas respiratorios, anemia)	3
	Deshidratación, anorexia vértigo	
	Trastornos psíquicos o de conducta	2
	Otros diagnósticos	1
	Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones
Se le olvida sus limitaciones		2
Orientado en sus propias capacidades		1
Factores ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños de la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 hr	3
	Dentro de las 48 hr	2
	Más de 48 hr/Ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (excluye pacientes de UCIP con sedantes o relajantes)	3
	Hipnóticos	
	Barbitúricos	
	Fenotiazidas	
	Antidepresivos	
	Laxantes/diuréticos	
	Narcóticos	
	Uso de los medicamentos antes mencionados	2
	Ninguno	1
	Total puntos	
Clasificación del riesgo		
Nivel de riesgo	Puntos	
Sin riesgo	Menos 7 puntos	
Riesgo bajo	7 a 11 puntos	
Alto riesgo	Más de 12 puntos	

2.- ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP

ESCALA DE BRADEN				
PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterado
Exposición a la humedad	completamente húmedo	Muy húmeda	Ocasionalmente Húmeda	Raramente húmedo
Actividad	En cama	En silla	Camina Ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	

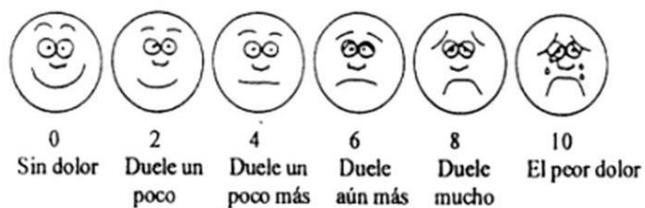
Clasificación del riesgo	
Nivel de riesgo	Puntos
Riesgo Alto	Menos 13 puntos
Riesgo moderado	Entre 13 y 14 puntos
Riesgo bajo	Si < 75 años: 15 – 16 puntos
	Si > 75 años: 15 – 18 puntos

ESCALA DE NORTON				
ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno 4	Alerta 4	Camina solo 4	Total, bien 4	No incontinente 4
Débil 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Ligeramente limitada 3	Ocasional 3
Malo 2	Confuso 2	Silla de ruedas 2	Muy limitada 2	Incontinencia urinaria o fecal 2
Muy malo 1	Estupor 1	En cama 1	Inmóvil 1	Doble incontinencia 1

Clasificación del riesgo según la Escala de Norton:	
Alto riesgo	Entre 5 a 11 puntos
Mediano riesgo	de 12 a 14 puntos
Bajo riesgo	Mayor de 14 puntos

3.- ESCALAS DE VALORACIÓN DE DOLOR

Escala de Caras de Wong – Baker



ESCALA FLACC			
Categoría	0	1	2
Cara	Cara relajada, expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpes con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo
Se utiliza para evaluación del dolor en niños de 3 meses a 7 años. Calificación del 0 al 10, el 0 corresponde a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable.			

ESCALA DE NIPS			
Parámetro	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de parpados)	
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente. continuo
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular	
Mov. brazos	Reposo	Movimientos	
Mov. Piernas	Reposo	Movimientos	
Estado alerta	Normal	Despierto continuamente	
Valoración del dolor en el neonato. Puntuación máxima: 7 puntos (0 no hay dolor, 7 existe dolor grave)			

En usuarios que no verbalizan se sugieren las escalas: Escala Campbell, Escala Behavioral Pain Scale.

4.- INDICADORES PARA CLASIFICAR LA CONDICIÓN DEL USUARIO

CLASIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN DEL USUARIO	
VULNERABLE	<p>Paciente desconocido Paciente extranjero Paciente indígena que no habla español Paciente en situación de calle Paciente sin familiar Paciente mayores de 70 años Mujeres embarazadas Mujeres embarazadas con preclamsia o hemorragia Personas con discapacidad Niños menores de 1 año Pacientes con deterioro neurológico y/o psiquiátricos Mujeres embarazadas en periodo inductivo del trabajo de parto Y todos aquellos que la institución determine de acuerdo a su población de atención</p>
RIESGO	<p>Pacientes en situación de urgencia: la vida, el órgano o función. Paciente al que se le da reanimación cardiopulmonar Paciente al que se le transfunde sangre y/o hemocomponentes Paciente en estado de coma Paciente en soporte vital Paciente con enfermedades infectocontagiosas Paciente inmunodeprimido Paciente con Diálisis peritoneal y paciente con Hemodiálisis Paciente que requiere sujeción Paciente que recibe quimioterapia.</p>