



## VALORACIÓN INICIAL DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

### INITIAL EVALUATION OF CHILDREN ADMITTED ON THE PAEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

**Autor:** Esperanza Arce Delgado (1), Raquel Bravo López (2), Mónica Díaz López (2), Beatriz Etura Azpillaga (2), María Teresa Martín Alonso (2), Mónica Roca Merchán (3)

**Resumen:** La valoración inicial del niño, al ingreso en Cuidados Intensivos, constituye una herramienta esencial y pieza clave como punto de partida de la elaboración de un Plan de Cuidados específico y personalizado para cada niño.

Es por tanto necesario la existencia de un protocolo, siguiendo una metodología rigurosa, para que los cuidados sean de calidad y así evitar que cada profesional de enfermería actúe de forma diferente, según su intuición, creencias o capacidad de improvisación.

Con la valoración inicial del niño conseguimos, no sólo coordinar las intervenciones, sino también dar continuidad a los cuidados.

El documento de la valoración inicial del niño constituye un registro de enfermería que forma parte de la historia clínica del paciente pediátrico. Los registros de enfermería se convierten en la mejor aproximación a lo que hoy en día es la práctica de nuestro trabajo y son, por tanto, necesarios para que se nos juzgue desde una perspectiva profesional y poder clarificar los servicios que prestamos a la sociedad.

**Palabras clave:** Valoración inicial, Diagnósticos de enfermería, Registros de enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Valoración de enfermería

**Centro de Trabajo:** (1) D.U.E. Unidad de Pediatría del Hospital El Escorial (San Lorenzo del Escorial, Madrid), (2) D.U.E. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario La Paz (Madrid), (3) D.U.E. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Provincial de Castellón (Castellón de la Plana, Valencia)

**Fecha del Trabajo:** 23/03/2007



**Abstract:** The initial evaluation of the child, when admitted on the Paediatric Intensive Unit, is a essential tool and key piece as a starting point on the development of a specific Care Plan for each child.

Therefore, it is necessary the existence of a protocol, according to a rigorous methodology, so that cares will have quality and thus, it will be avoided that each nursing professional will act in a different way, according to his intuition, beliefs or improvisation capacity.

The initial evaluation of the child will allow us not only to coordinate the interventions, but also to give continuity to the cares.

The initial evaluation of the child document is a nursing register that is part of the clinical register of the paediatric patient. Nursing registers turn to be the best approximation of what nowadays is our job's practice, and they are, therefore, necessary for us to be judged by a professional perspective and to make it possible to classify the services we carry out to the society.

**Key words:** Initial evaluation, Nursing diagnosis, Nursing registers, Paediatric Intensive Care Unit, Nursing evaluation



## INTRODUCCIÓN:

La Hoja de Valoración de Enfermería constituye un documento esencial y de gran importancia en la historia clínica del paciente pediátrico. En ella se recogen una serie de datos que nos dan información del estado del niño al ingreso y por tanto es el punto de partida de los cambios que se irán produciendo durante el proceso de la hospitalización.

La valoración inicial del niño es un proceso organizado y sistematizado, que nos va a ayudar a detectar, mediante la entrevista y la observación, los problemas de salud existentes y, consecuentemente, a diseñar un plan de cuidados adecuado y personalizado a cada niño. Junto a con la valoración continua, constituye el mejor sistema de evaluación de la situación del niño y la efectividad de los cuidados prestados, además es una referencia para el control de calidad asistencial.

En la valoración inicial no solo se recogen los datos subjetivos y objetivos percibidos y observados por el personal de enfermería en el momento del ingreso, sino también todos aquellos antecedentes que refiere el niño y/o el padre o tutor que le acompaña. Todo esto permitirá establecer una fuente de diálogo y comunicación y abrir una relación de confianza entre el niño, padres y personal de enfermería.

La hoja de valoración facilitará la fluidez, comunicación y eliminará interferencias entre los distintos miembros del equipo asistencial, en cuanto a los cuidados del niño se refiera.

Todo ello va encaminado, a que la estancia del niño en el hospital, sea lo menos traumática posible y a no centrarnos únicamente en el problema físico concreto que le ha conducido a su ingreso hospitalario y por tanto a abordar al niño como a un conjunto biopsicosocial en proceso de desarrollo que es.

En las páginas siguientes hemos confeccionado una guía para la cumplimentación de este documento con la finalidad de unificar criterios para hacerlo de la manera más sencilla, rápida y eficaz posible.



## VALORACIÓN INICIAL

Cuando se recibe a un niño en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, debemos recoger, en la valoración inicial, los siguientes datos:

### a) Datos Generales:

- Fecha y hora del ingreso.
  
- Peso y signos vitales.
  
- Diagnóstico médico
  
- Procedencia: especificar si viene de su domicilio, alguna otra Unidad del Hospital o si es traslado de otro Hospital.
  
- Motivo del ingreso: causa por la que el paciente ingresa en nuestra Unidad, independientemente de su enfermedad de base.  

Ejemplo: Un niño cardiópata ingresa por una neumonía.
  
- Signos y síntomas al ingreso.
  
- Otros problemas distintos al del ingreso: cualquier enfermedad o problema de salud que pueda presentar y que no es el que motiva el ingreso.  

Ejemplo: Un niño diabético ingresa por un accidente de tráfico.
  
- Hospitalizaciones previas.
  
- Medicación habitual.
  
- Hábitos de aseo.
  
- Aspecto general al ingreso:
  - Físico:
    - ⇒ Estado de la piel: Describir el estado de la piel (Color, temperatura, hidratación o existencia de lesiones)
    - ⇒ Pliegues: limpios, sucios.



- ⇒ Pelo: limpio, sucio, pediculosis (infestación por piojos).
  - ⇒ Uñas: limpias, sucias, cortas, largas.
  - ⇒ Boca: húmeda, seca, muguet (afectación de la mucosa bucal producida por candida albicans), úlceras, aftas (procesos inflamatorios de diversa etiología, que afectan a la mucosa bucal).
  - ⇒ Ojos: normal, secreciones, enrojecidos.
  - ⇒ Zona genital: limpia, sucia, anomalías morfológicas.
  - Emocional: temeroso, colaborador, apático, triste, irritable.
- Alimentación:
- Tipo: oral, enteral por sonda o gastrostomía.
  - Dieta habitual: láctea, blanda, papillas, normal, variada.
  - Si es un lactante especificar:
    - ⇒ Si toma con biberón o cuchara.
    - ⇒ Si toma gluten.
    - ⇒ Si toma leche de vaca o precisa leche especial.
    - ⇒ Frutas.
    - ⇒ Si es triturado o en trozos.
  - Apetencias.
  - Rechazos.
- Hábitos de sueño: reflejar hábitos, rituales, si duerme siesta.
- Eliminación urinaria:
- Hábitos: pañal, orinal, inodoro, control nocturno y diurno.
  - Frecuencia y características.
  - Incontinencia.
  - Retención urinaria, si existe o no.

- Si tiene sondaje vesical: número y tipo de sonda.
- Eliminación intestinal:
  - Hábitos.
  - Frecuencia y características.
  - Incontinencia.
  - Estreñimiento / diarrea.
- Incapacidades motoras y/o sensoriales: Posibles deficiencias congénitas y/o adquiridas, que impliquen el uso de prótesis, personal o sistemas de apoyo. También aquellas discapacidades que alteren las actividades cotidianas (alimentación, eliminación, movilidad).
  - Motoras: se sienta solo, deambula (solo o con ayuda)
  - Sensoriales:
    - ⇒ Control musculoesquelético: (hipertonías, hipotonías, atrofias)
    - ⇒ Control neurológico: (alteración sicomotrices)
    - ⇒ Órganos de los sentidos.
- Prótesis.
- Juguetes u objetos preferidos.
- Otros datos.

**b) Precauciones:**

- Alergias:
  - Medicamentosas.
  - Alimentarias.
  - De contacto: ropa, látex, antisépticos, esparadrapos.
- Diabetes.
- Enfermedades infectocontagiosas (HIV, Hepatitis B o C, tuberculosis).
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Calendario vacunal al día, o el caso contrario especificar qué vacuna falta.
- Otros datos a especificar.

**c) Datos Socio culturales:**

- Edad.
- N° de hermanos.
- Lugar que ocupa.
- Nombre familiar.
- Personas con quién convive.
- Nivel de escolarización.
- Personas y teléfono de referencia.
- Otros datos de interés: idioma, religión, etc.

d) **Escala de Norton:** Valoración del posible riesgo de úlcera por decúbito (Anexo 1).

e) **Estado de conciencia:** según la escala de Glasgow (escala de valoración neurológica, que mide el nivel de conciencia y la reactividad a estímulos) (Anexo 2).

- Orientado.
- Desorientado.
- Agitado.
- Obnubilado.
- Inconsciente.

f) **Estado de mucosas:**

- Color de la piel:
  - Normal.
  - Enrojecido.
  - Pálida.
  - Ictérico.
  - Cianótico.
  - Grisáceo.
- Hidratación:
  - Seca.
  - Hidratada.
  - Húmeda.
  - Deshidratada.
- Lesiones y localización:
  - Petequias.
  - Exantema.
  - Úlceras.
  - Equimosis.





- Otras.

**g) Estado de Nutrición:**

- Nutrido.
- Desnutrido.
- Obeso.

**h) Información y actitud del niño ante el ingreso:** conocimientos que tiene el niño acerca de la enfermedad y forma de enfrentarla, siempre de acuerdo a la edad del niño, y sus posibles implicaciones: terapéuticas, expectativas de futuro, posibilidad de largos tratamientos, incapacidades o invalideces, interferencia en sus hábitos de vida anteriores..., en general las dificultades que pueda reportar la nueva situación.

**i) Información y actitud de los padres ante la enfermedad:** información y conocimientos que tengan los padres del niño acerca de la edad así como de sus posibles repercusiones. Valorar el grado de interés y relación con el niño.

**j) Problemas o datos a destacar por la enfermera:** en este apartado se han de reflejar los Diagnósticos de Enfermería que formulemos (tanto los generales producidos por el hecho de la hospitalización en sí, como los específicos aplicables al paciente, situación individual y patología), para la posterior puesta en marcha del Plan de Cuidados. También se reflejarán problemas de colaboración reales o potenciales derivados del diagnóstico y tratamiento médicos.

Se adjunta como anexo, la hoja de valoración inicial utilizada en nuestro centro (Anexo 3)

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer a Santiago Moraleda, M<sup>a</sup> del Carmen Sellán Soto y Marina Soto González, la labor de coordinación y revisión de este protocolo que han llevado a cabo.

**Anexo 1: Escala de Norton (Modificada por el Insalud)**

<b>ESTADO FÍSICO GENERAL</b>	<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>MOVILIDAD</b>	<b>INCONTINENCIA</b>	<b>PUNTOS</b>
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Clasificación de riesgo de úlcera por decúbito: la puntuación máxima es 20, quedando establecido el riesgo cuando la puntuación es menor de 14.

Puntuación de 5 a 9 à riesgo muy alto.

Puntuación de 10 a 12 à riesgo alto.

Puntuación 13 a 14 à riesgo medio.

Puntuación mayor de 14 à riesgo mínimo/ no riesgo.

## Anexo 2. Escala de Glasgow

### Escala de Glasgow general

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
<b>Apertura de Ojos:</b>	
Espontánea: .....	4
Al hablarle: .....	3
Al dolor: .....	2
Ausencia: .....	1
<b>Verbal:</b>	
Orientado: .....	5
Confuso: .....	4
Palabras inadecuadas: .....	3
Sonidos inespecíficos: .....	2
Ausencia: .....	1
<b>Motora:</b>	
Obedece órdenes: .....	6
Localiza dolor: .....	5
Retirada al dolor: .....	4
Flexión al dolor: .....	3
Extensión anormal: .....	2
Ausencia: .....	1

Escala de Glasgow Modificada para Lactantes

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
<b>Apertura de Ojos:</b>	
Espontánea: .....	4
Al hablarle: .....	3
Al dolor: .....	2
Ausencia: .....	1
<b>Verbal:</b>	
Balbuceo: .....	5
Irritable: .....	4
Llanto al dolor: .....	3
Quejidos al dolor: .....	2
Ausencia: .....	1
<b>Motora:</b>	
Movimientos espontáneos.....	6
Retirada al tocar: .....	5
Retirada al dolor: .....	4
Flexión anormal: .....	3
Extensión anormal: .....	2
Ausencia: .....	1

Puntuación: El valor normal es 15.

13-15 puntos à afectación leve (estupor ligero)

9-12 puntos à afectación moderada (estupor moderado)

< 8 puntos à afectación grave (coma)



### **Anexo 3. Hoja de Valoración Inicial**

<u>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</u>	PEGATINA	
<u>PRECAUCIONES</u>	<u>DATOS GENERALES</u>	
<p>-Alergias: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>-Diabetes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>-HB</p> <p>-Grupo sanguíneo y RH:</p> <p>-Calendario vacunal al día: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>-Otros datos a registrar :</p>	<p>-Fecha y hora de ingreso: -Pac: -FC -FR -T: -In:</p> <p>-Diagnóstico médico:</p> <p>-Precedencia:</p> <p>-Motivo del ingreso:</p> <p>-Síntomas al ingreso:</p> <p>-Otros problemas distintos al del ingreso:</p> <p>-Hospitalizaciones previas:</p> <p>-Medicación habitual:</p> <p>-Hábitos de asoc:</p> <p>-Español general a. Ingreso: *Fisic: *Emocional:</p> <p>-Alimentación: *Tipo: *Preferencias: *Hábitos:</p> <p>-Hábitos de sueño:</p> <p>-Eliminación urinaria:</p> <p>-Eliminación intestinal:</p> <p>-Incapacidades motoras e sensoriales (especificar):</p> <p>-Prótesis:</p> <p>-Lentes u otros prótesis:</p> <p>-Otros datos:</p>	
<u>DATOS SOCIO-CULTURALES</u>		
<p>-Edad: -N° de hermanos:</p> <p>-Lugar que ocupa:</p> <p>-Nombre familiar:</p> <p>-Personas con quien convive:</p> <p>-Nivel de escolarización:</p> <p>-Personas y teléfono de referencia:</p> <p>-Otros datos de interés:</p>		

**PROHIBIDOS O DATOS A DESTACAR POR LA ENFERMERA**

**ENFERMO DE RIESGO ES AQUEL QUE SUMA MENOS DE 14 PUNTOS, SEGUN LA ESCALA DE NORTON**

**ESCALA DE NORTON**

A	B	C	D	E
ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
Buena	Alerta	Ambulante Total	Regrese	Regrese
4	4	4	4	4
Justo	Abatida	Cambios con ayuda	Algo limitada	Ocasional
3	3	3	3	3
Pobre	Confusión	En silla reclinada	Muy limitada	Normalmente errónea
2	2	2	2	2
Malo	Estupor	Reclinado horizontal	Doble	Doble
1	1	1	1	1

-PUNTAJE ESCALA DE NORTON: .....

-ESTADO DE CONCIENCIA: .....

-ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS: .....

-ESTADO DE NUTRICIÓN: .....

-INFORMACIÓN Y ACTITUD DEL NIÑO ANTE SU ENFERMEDAD: .....

-INFORMACIÓN Y ACTITUD DE LOS PADRES ANTE LA ENFERMEDAD: .....

NOMBRE DE LA PACIENTE: .....

FECHA Y FIRMA: .....