

ESCALA DE ALERTA PRECOZ OBSTETRICA

Datos del paciente:

.....

.....

Prescrito por Dr: _____ Intervalo (horas): _____

Fecha:															
Hora:															
Frecuencia Respiratoria	>30													>30	
	21-30													21-30	
	11-20													11-20	
	0-10													0-10	
Saturación O ₂	95-100%													95-100%	
	<95%													<95%	
Administración de O ₂ (L/min.)														(L/min.)	
Temperatura	39													39	
	38													38	
	37													37	
	36													36	
	35													35	
Frecuencia Cardíaca	170													170	
	160													160	
	150													150	
	140													140	
	130													130	
	120													120	
	110													110	
	100													100	
	90													90	
	80													80	
	70													70	
Presión Sistólica	200													200	
	190													190	
	180													180	
	170													170	
	160													160	
	150													150	
	140													140	
	130													130	
	120													120	
	110													110	
	100													100	
Presión Diastólica	90													90	
	80													80	
	70													70	
	60													60	
	50													50	
	Orina	Si / No													Si / No
		Proteína ++ Proteína >+++													Proteína ++ Proteína >+++
	Líquido amniótico	Claro / Rosa													Claro / Rosa
		Verde													Verde
	Respuesta neurológica	Alerta													Alerta
		Voz													Voz
Dolor														Dolor	
No responde														No responde	
Escala de Dolor	0-1													0-1	
	2-3													2-3	
Loquios	Normal													Normal	
	Coagulos / Diluido / Maloliente													Coagulo / Diluido / Maloliente	
Mal aspecto	Si													Si	
	No													No	
Nº total ambar															
Nº total rojo															

≥ 1 punto gris oscuro o ≥ 2 gris claro: avisar al obstetra o anestesiólogo.