



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno: Rafael Torrez Adorno

Nombre del tema: Unidad II ¿cómo actuar ante una emergencia?

Parcial: 2DO PARCIAL

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales

Nombre del profesor: Javier Gómez Galera

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Noveno

Pichucalco Chiapas, 12 de junio de 2022

2.1.1 GLASGOW

La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)) es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5 ORIENTADO Y CONVERSANDO	4 DESORIENTADO Y HABLANDO	3 PALABRAS INAPROPIADAS	2 SONIDOS INCOMPRESIBLES	1 NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6 ORDEN VERBAL OBEDECE	5 LOCALIZA EL DOLOR	4 RETIRADA Y FLEXIÓN	3 FLEXIÓN ANORMAL	2 EXTENSIÓN	1 NINGUNA RESPUESTA

La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.**

2.1.2 Ramsay

Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

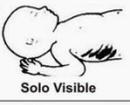
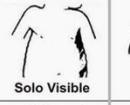
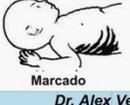
@Creative_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación.

2.1.3 Silverman

La escala de Silverman (William Silverman y Dorothy Andersen 1956) es muy utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distrés Respiratorio.

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON					
	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Mínimo	 Solo por estetoscopio
GRADO 2	 Siempre Visible	 Marcado	 Marcado	 Marcado	 Audible al oído
Puntaje		Dr. Alex Velasco		Interpretación	
0 puntos				Sin dificultad respiratoria	
1 a 3 puntos				Con dificultad respiratoria leve	
4 a 6 puntos				Con dificultad respiratoria moderada	
7 a 10 puntos				Con dificultad respiratoria severa	



2.1.4 EVA

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada.

La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, Moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.

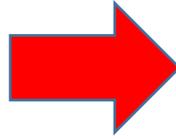
Escala de dolor EVA

www.paraulceraspresion.com



2.1.5 Capurro

Forma de la OREJA (Pabellón)	 0	 5	 10	 15	 20
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15	Palpable mayor de 15 mm. 20
Formación del PEZON	Apénas visible sin areola 0	Díametro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Díametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	Díametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	Díametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 20
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	Surcos en la ríalt anterior 15	Surcos en más de la mitad anterior 20

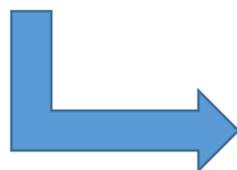


Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada. Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz.

La edad gestacional es la forma de juzgar la madurez y tamaño de un recién nacido. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

2.1.6 Apgar

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.



@Mundocupacional

ESCALA APGAR

	0	1	2
A Apariencia	 cianosis generalizada	 cianosis distal	 Rosado
P Pulso	 <100	 <100	 >100
G Gesto	 Sin respuesta	 Nuecas leves	 Llanto fuerte o tos
A Actividad	 Flacidez	 flexión moderada	 movimiento activo
R Respiración	 Ausente	 Irregular / leve	 Regular / Llanto

2.1.7 Crichton

VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON

Valoración del riesgo	puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidente	1
total	10

DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON

Valoración del riesgo	puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidente	1
total	10

DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

Esta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

2.1.8 Braden

La probabilidad de que un paciente desarrolle una **úlcer por presión (UPP)** varía de unos pacientes a otros en función de diferentes factores de riesgo, como las características de la piel, la actividad física que desarrolla, y otros, que son recopilados en esta tabla.

Frente al juicio subjetivo del profesional, surgen una serie de escalas validadas, como la **escala de Valoración de Braden**, cuya finalidad es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados

		ESCALA DE BRADEN			
		PUNTAJÓN			
		1	2	3	4
	Enfermería Atención				
	PERCEPCIÓN SENSORIAL	Constantemente limitada. No responde a estímulos dolorosos por nivel de conciencia disminuido.	MUY LIMITADA. Responde solo a estímulos dolorosos.	LEVANTEMENTE LIMITADA. Responde a estímulos verbales.	NO ALTERADA.
	HUMEDAD	Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina, o lágrimas por períodos.	MUY HÚMEDA. La piel está frecuentemente húmeda, las sillas, sábanas, o sábanas por lo menos cada vez por turno (cada 8 horas).	OCASIONALMENTE HÚMEDA. La piel está ocasionalmente húmeda.	SECA Y SIN ALIBRADO SIN.
	ACTIVIDAD	EN CAMA.	EN SILLA.	CAMMINA OCASIONALMENTE.	CAMMINA CON FRECUENCIA.
	MOVILIDAD	COMPLETAMENTE SINCAPAZ.	MOVILIDAD MUY LIMITADA.	MOVILIDAD LEVANTEMENTE LIMITADA.	MOVILIDAD CON LIMITACIONES.
	NUTRICIÓN	15% MUY POBRE. Basa como una comida completa, 12 de la comida. Típicamente, tres por día. Una porción o más por día.	25% MUY POBRE/INTERMEDIARIA. Basa como una comida completa, 17 de la comida. típicamente, tres por día. Una porción de porciones por día.	50% ADECUADA. Como más de la 1/2 de la ración de las comidas. Cuatro porciones de porciones por día.	75% EXCELENTE. Como la mayoría de todas las comidas. Cuatro o más porciones de porciones por día.
	FRICCIÓN Y DESPLAZAMIENTO	1 PUNTO. ES UN PROBLEMA. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes cambios de posición.	2 PUNTOS. ES UN PROBLEMA POTENCIAL. Ocasionalmente se desliza frente a algún material húmedo, suciedad en silla o en cama.	3 PUNTOS. SIN PROBLEMA APARENTE. Previene cualquier cambio de posición para superficies completamente durante el movimiento.	
Puntuación total		ALTO RIESGO ≤12 PUNTOS	RIESGO MODERADO 13-14 PUNTOS	RIESGO BAJO 15-16 PUNTOS (Riesgo menor a 16 que indica menor riesgo de UPP)	

Tipos de Shock

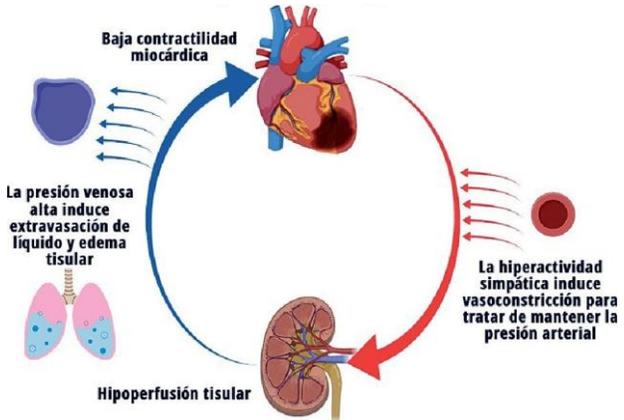
anafiláctico



Se relaciona con un bajo gasto cardíaco ("falla de bomba"), asociado generalmente al infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca congestiva o arritmias graves

Reacción sistémica de hipersensibilidad de carácter grave y a veces mortal, consecuencia de la exposición a una sustancia sensibilizante como un fármaco, una vacuna, ciertos alimentos, un extracto alérgico, un veneno o alguna sustancia química.

cardiogénico



hipovolémico

Es una pérdida rápida y masiva de la volemia que acompaña a gran variedad de trastornos médicos y quirúrgicos, como traumatismos, hemorragias digestivas, ginecológicas y patología vascular.

Disminución volumen intravascular		Pérdida → Hemorragia
		Secuestro → Ascitis
Clínica	Cuidados enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> ↓ GC (Gasto cardíaco) ↑ FR (Taquipnea) ↓ TA (Hipotensión) ↑ FC (Taquicardia) Oliguria Hipotermia Agitación e irritabilidad Dolor precordial Hipoperfusión miocárdica Piel fría, pálida, sudorosa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Corregir causas de shock ● Hemostasia en hemorragias activas ● Minimizar pérdida líquidos ● Técnicas → Analíticas, vvp, sv... ● Monitorización ● TA, FR, FC, Glasgow, diuresis ● Control del dolor ● Administrar tratamiento ● Prevenir complicaciones 	

séptico

Hipotensión arterial debida a la sepsis que persiste y no responde a la expansión del volumen intravascular con líquidos, acompañada de alteraciones de la perfusión.



FUENTE: Gallager RP. Cardiovascular management of septic shock. Crit care med 2002; 31:546-555