



Mi Universidad

Supernota

Nombre del Alumno: Fatima Montserrat cruz hernandez

Nombre del tema: Escalas de valoración

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales

Nombre del profesor: Javier Gómez Galera

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9no

ESCALAS DE VALORACIÓN

Definición: Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

Objetivo: Determinar el nivel de conciencia del paciente.

Tabla 5. Escala de coma de Glasgow* para adultos y escala de coma de Glasgow modificada para lactantes y niños †

Respuesta	Adulto	Niño	Lactante	Valor codificado
Apertura palpebral	Espontánea	Espontánea	Espontánea	4
	A estímulos verbales	A estímulos verbales	A estímulos verbales	3
	Al dolor	Al dolor	Al dolor	2
	Ninguna	Ninguna	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientada	Orientada, apropiada	Murmullo y balbuceos	5
	Confusa	Confusa	Irritable, llora	4
	Palabras inapropiadas	Palabras inapropiadas	Llora en respuesta al dolor	3
	Sonidos ininteligibles	Palabras incomprensibles o sonidos no específicos	Gime en respuesta al dolor	2
	Ninguna	Ninguna	Ninguna	1
Mejor respuesta motora [†]	Obedece	Obedece órdenes	Se mueve espontáneamente y con sentido	6
	Localiza	Localiza estímulos dolorosos	Se retira en respuesta al tacto	5
	Se retira	Se retira en respuesta al dolor	Se retira en respuesta al dolor	4
	Flexión anormal	Flexión en respuesta al dolor	Postura de decorticación (flexión anormal) en respuesta al dolor	3
	Respuesta extensora	Extensión en respuesta al dolor	Postura de descerebración (extensión anormal) en respuesta al dolor	2
	Ninguna	Ninguna	Ninguna	1
Puntuación total				3-15

Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de conciencia.
Por debajo de 7 puntos: Coma
Por debajo de 8 puntos: Intubación

Respuesta ocular

Valor máximo: 15
Valor mínimo: 3

Esponánea (4), Orden Verbal (3), Al dolor (2), Sin respuesta (1)

Respuesta verbal

Orientado (5), Desorientado (4), Palabras inapropiadas (3), Sonidos Incomprensibles (2), Sin respuesta (1)

Respuesta motora

Orden verbal (6), Localiza el dolor (5), Flexión/ retirada (4), Flexión anormal (3), Extensión (2), Sin respuesta (1)

@enfermeroempollon

VALORACIÓN DEL ESTADO DE SEDACIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE RAMSAY



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		

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.

ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSON

Valora la función respiratoria del recién nacido basado en 5 criterios

SIGNOS	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINAL	Sincronizado	Hundimiento de tórax y abdomen	Discordancia
TIRAJE INTERCOSTAL	Ausente	Apenas visible	Marcada
RETRACCION XIFOIDEA	Sin retracción	Apenas visible	Marcada
ALETEO NASAL	Ausente	Mínima	Marcada
QUEJIDO ESPIRATORIO	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible

Utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distrés Respiratorio.



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



Escala Análoga Visual EVA

Elaboraron: Saucedo Victoria ME. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".



DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

Agudo

Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.

Crónico

Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema músculo esquelético.

FASES

Fase 1

Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.

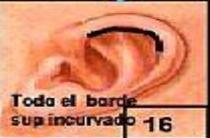
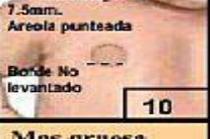
Fase 2

Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.

Fase 3

Estados anormales dolorosos debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.

Test de Capurro

Forma de la OREJA (Pabellón)	 0	 8	 16	 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 0	 5	 10	 15	
Formación del PEZON	 0	 5	 10	 15	
TEXTURA de la PIEL	 0	 5	 10	 15	 20
PLIEGUES PLANTARES	 0	 5	 10	 15	 20

Postmaduro: 42 sem o mas
A término: 37 a 41 sem
Prematuro leve: 35 a 36 sem
Prematuro moderado 32 a 34 sem
Prematuro extremo < de 32 sem

@enfermeriaparatodos
Edad gestacional (días) = $\frac{200 + \text{Total de puntos}}{7}$

ESCALA Apgar

Valora la adaptación cardiorrespiratoria en la vida extra uterina.

- A** apariencia
- P** pulso
- G** gestos
- A** actividad
- R** Respiración

@nurse.studie

PUNTUACION

- 7-10 NORMAL
- 4-6 Dificultad moderada
- 0-3 Dificultad marcada

TEST DE APGAR	Puntuación 0	Puntuación 1	Puntuación 2
Apariencia	Cianótico 	Cianosis Distal 	Rosado 
Pulso	Ausente 	<100 x 	>100 x 
Gestos	Sin respuesta 	Mueca y llanto débil 	Llanto fuerte, tos y estornudos 
Actividad	Flácido 	Tono débil o bajo 	Tono normal 
Respiración	Ausente 	Lento e irregular 	Fuerte y regular 

★ Mnemotecnia ⇒ F E T I C O
FC ER TONO IRRIT. COLOR

Por lo general, la prueba de Apgar (también conocida como "test de Apgar") se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento, y de nuevo, cinco minutos después del nacimiento

Se realiza en el 1er. Minuto y a los 5 minutos de vida.

@nurse.studie



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

Escala de Crichton para valorar el riesgo de caída. 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.

Escala de Braden

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

- o Índice < 12 → Riesgo alto
- o Índice 13-15 → Riesgo medio
- o Índice 16-18 → Riesgo bajo
- o Índice > 19 → Sin riesgo

Definición: Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.
 Objetivo: Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente.

BIBLIOGRAFIA

ANTOLOGIA UDS (2022)