



Mi Universidad

Súper Nota



Nombre de alumnos:

Jaime Enrique Prats Gómez

Email: jimmyprats25@gmail.com

Nombre del Tema:

➤ **Escalas de Valoración**

Parcial:

Segundo 2°

Nombre de la materia:

LEN901-9 Prácticas Profesionales

Nombre del Profesor:

LEN Javier Gómez Galera

Email: javier_libra95@hotmail.com

Licenciatura:

Licenciado en Enfermería

Cuatrimestre:

9° Cuatrimestre

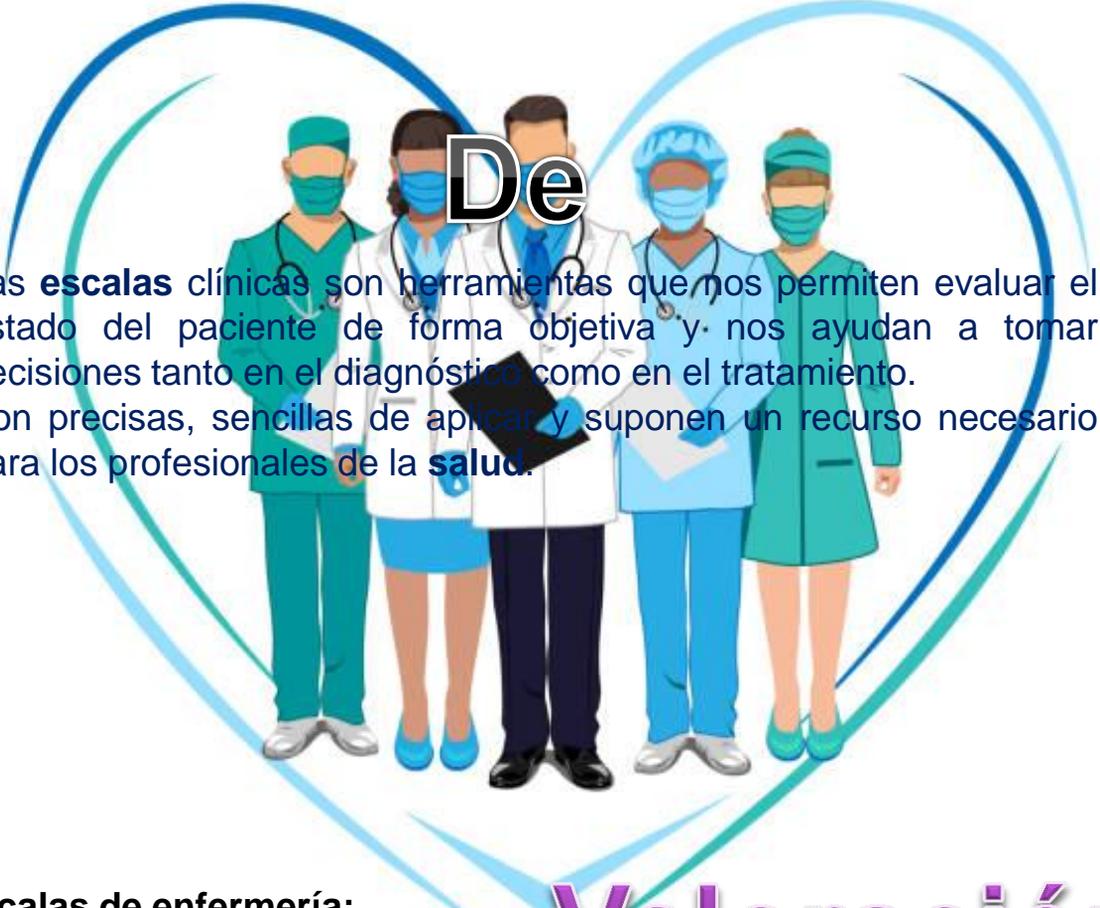
“U”

LEN10SSC0919-I

Escala

Medición del estado de conciencia del paciente mediante **escalas** validadas.

Objetivo: Determinar el nivel de conciencia del paciente



De

Las **escalas** clínicas son herramientas que nos permiten evaluar el estado del paciente de forma objetiva y nos ayudan a tomar decisiones tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Son precisas, sencillas de aplicar y suponen un recurso necesario para los profesionales de la **salud**.

Escalas de enfermería;
La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es:

0-20: Dependencia total.

21-60: Dependencia severa.

61-90: Dependencia moderada.

91-99: Dependencia escasa.

100: Independencia.

Valoración

Escala de coma de GLASGOW

La **Escala de Coma de Glasgow**, 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.

Precauciones

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.



Preparación del paciente

- Comprobar la identidad del paciente.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Requerir la atención del paciente.

Técnica

- Identificar al paciente.
- Higiene de las manos, según PD-GEN-105
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Valorar:

1.-Respuesta ocular.

El paciente abre los ojos: o De forma espontánea: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos. Los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos. "Puntuación 4".

A estímulos verbales: a cualquier frase, no necesariamente una instrucción. "Puntuación 3"

Al dolor: aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supra orbitaria). "Puntuación 2".

Ausencia de respuesta: no hay apertura ocular. "Puntuación 1".

2.-Respuesta verbal.

El paciente está:

Orientado: Debe saber quien es, donde está y por qué está aquí y en que año, estación y mes se encuentra. "Puntuación 5".

Desorientado/confuso: responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. Lo primero que se pierde es la situación del tiempo, luego del lugar y por último la persona. "Puntuación 4".

Incoherente: no es posible llevar a cabo una conversación sostenida; reniega y grita. "Puntuación 3".

Sonidos incomprensibles: emite lamentos y quejidos sin palabras reconocibles. "Puntuación 2".

Sin respuesta: no hay respuesta verbal. "Puntuación 1".

3.-Respuesta motora.

El paciente:

Obedece órdenes (por ejemplo levantar el brazo, sacar la lengua etc.) "Puntuación 6".

Localiza el dolor: a la aplicación de un estímulo doloroso con un movimiento deliberado o intencionado. "Puntuación 5".

Retirada al dolor: a la aplicación del estímulo, el sujeto realiza respuesta de retirada. "Puntuación 4".

Flexión anormal: frente al estímulo el sujeto adopta una postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos. "Puntuación 3".

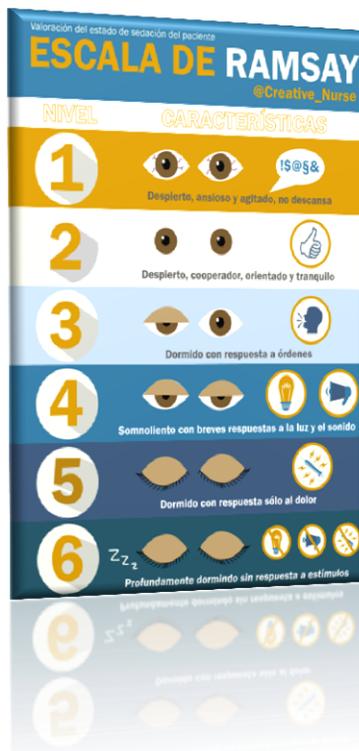
Extensión anormal: ante el estímulo el sujeto adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo. "Puntuación 2".

Sin respuesta: "Puntuación 1".

Escala de RAMSAY



La Escala de Ramsay, es una especie de escala subjetiva utilizada para evaluar el grado de sedación en pacientes, con el fin de evitar la insuficiencia de la sedación o su exceso. Ha sido utilizada principalmente para evaluar los pacientes en unidad de cuidados intensivos.



Un buen método para valorar la profundidad de la **sedación**, en enfermos que requieren relajantes neuromusculares y en los que presentan daño cerebral, es la monitorización y el análisis del electroencefalograma, mediante el índice bispectral



- Nivel 1 Despierto: agitado, ansioso, inquieto
- Nivel 2 Despierto: colaborador, tranquilo
- Nivel 3 Somnoliento: responde a órdenes verbales
- Nivel 4 Dormido: responde a órdenes enérgicas
- Nivel 5 Dormido: responde al dolor
- Nivel 6 Dormido: no hay respuesta



La valoración de **Silverman-Andersen** (S-A) es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR).



Los criterios evaluados en la prueba de Silverman y Anderson son:

- Movimientos toraco-abdominales. Rítmicos y regulares = 0 puntos. ...
- Tiraje intercostal, es decir, hundimiento de los espacios intercostales. .
- Retracción xifoidea, es decir, de la punta del esternón. ...
- Aleteo nasal. ...
- Quejido espiratorio a la auscultación.



Es recomendable que **se** pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en los neonatos pretérmino, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto,



Contrario a la puntuación de **Apgar**, en la prueba de **Silverman** y Anderson, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada. El test de **Silverman** y Anderson se usa en conjunto con otras pruebas que añaden otros parámetros, **como** la escala de Wood-Downes.

En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad

Escala de SILVERMAN

SIGNOS	Puntuación		
	0	1	2
Movimientos toracoabdominales	Ritmos regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación toracoabdominal (abdomen y tórax con movimientos asincrónicos)
Tiraje intercostal	No	Leve	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido espiratorio	No	Leve e inconstante	Intenso y constante
Normal 0 puntos	Dificultad respiratoria	Leve	Valores de 1-3
		Moderada	Valores de 4-6
		Severa	Valores de 7-10



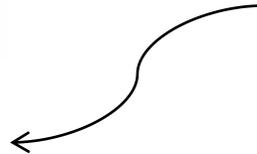
ESCALA DE SILVERMAN ANDERSON

La escala análoga visual o escala visual análoga es una escala de respuesta psicométrica que puede ser usada en cuestionarios.

Es un instrumento de medición de características o actitudes subjetivas que no se pueden medir directamente



Es muy sencilla, ya que se trata de una simple línea recta de diez centímetros de longitud en cuyo extremo izquierdo figura la etiqueta "sin dolor" y en el derecho la de "dolor máximo". El paciente deberá señalar el punto de la línea que más se ajusta a cómo percibe la intensidad del dolor.



La valoración será: 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7. 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

En neonatología, el test de Capurro 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 entre sí, dan la estimación buscada.



Cuando el niño está sano y tiene ya más de 12 horas de nacido, se emplean sólo los datos somáticos (físicos), luego se suman las calificaciones obtenidas de los datos somáticos, adicionando una constante (K) de 200 días, con objeto de obtener la estimación de la edad de gestación.



Este método nos sirve para determinar la edad gestacional.

CAPURRO

Formas de la ERENA (Fronteras)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tamaño de GLOBLAS, MÓVILES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formación del PEÑÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TEXTURA de la PIEL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PLIEGOS PLANTARES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Se suman los valores dados por cada parámetro de la tabla. A esto denominaremos puntaje parcial. Luego se aplica la siguiente fórmula:
 $204 + \text{Puntaje parcial}$

Postmaduro 42 Sem. o más
 4 término 37 a 41 semana
 Prematuro Leve 35 a 36 semana
 Prematuro Moderado 32 a 34 semana
 Prematuro Extremo 28 semana

La edad gestacional se puede determinar antes o después del nacimiento.

- ❖ Antes del nacimiento, su proveedor de atención médica empleará una ecografía para medir el tamaño de la cabeza, el abdomen y el fémur del bebé. ...
- ❖ Después del nacimiento, la **edad gestacional se** puede medir observando al bebé.

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.



La puntuación de **Apgar** es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia



Tan pronto como nazca su bebé, un enfermero de parto colocará un temporizador (cronómetro) durante un minuto y otro durante cinco minutos. Cuando finalicen cada uno de estos períodos, un enfermero o médico le harán las primeras "pruebas" a su bebé, denominadas pruebas de **Apgar**.



¿Cómo saber si un bebé va a ser blanco o moreno?
Para empezar, luego de la primera respiración el bebé aclarará el color con el que nació, pero no será sino a partir del contacto con el exterior, que se pueda determinar el tono definitivo; a esto hay que sumar el factor genético e incluso de la dieta que se le proporcione.

Ésta 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.



Factores de riesgo intrínsecos:
Son aquellos que están relacionados con el propio paciente

- Edad
- Factores fisiológicos del envejecimiento.
- Enfermedades que favorecen las caídas:
- Neurológicas.
- Músculo esqueléticas
- Cardiovasculares
- Otras causas.
- Consumo de fármacos.



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

Escala de Braden

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.



Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntúa de 1 a 3). Por lo tanto, una puntuación inferior a 12 puntos será considerada como de alto riesgo de aparición de UPP. Entre los 13-14 puntos el riesgo será moderado.



Esta **escala se emplea cuando se** desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP (úlceras por presión) en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial, **como se** describe en el cuadro inferior.



Las **úlceras por presión** son áreas de piel lesionada **por** permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada • Nivel de conciencia limitado • No reacción ante dolor • Capacidad sensorial limitada	Muy limitada Reacciona sólo ante estímulos dolorosos No reconoce indicios (dificultad sensorial)	Ligeramente limitada Reacciona ante estímulos variables No siempre reconoce indicios Alguno o limitado sensorial	Sin limitaciones Responde a estímulos variables Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Escasada/s	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 puntos, dieta líquida o suero < 5 días	Probablemente inadecuada 1 o 2 puntos, menor que la cantidad mínima de una dieta líquida o por 5-10 días	Adecuada 3 o 4 puntos, suficiente por 200-250 g por día por persona	Excelente 5 o 6 puntos, come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de movilización o técnicas asistenciales para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de técnica asistencial	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	

RIESGO UPP

ALTO = < 12 PUNTOS **MODERADO = 12 - 14 PUNTOS** **BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) / 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)**

REFERENCIAS Bibliográficas

- **Cuidados en Úlceras por presión**

Parte 1

Víctor Manuel Ayala Milla

- **Demencias, conceptos actuales**

F. Bermejo P.

T. Del Ser

Editorial Díaz Santos

- ❖ **Epidemiología clínica**

Álvaro Ruiz Morales

2004

Editorial Panamericana

- **Coma en Pediatría, Diagnósticos
y tratamientos**

Juan Casado Flores

Editorial Díaz Santos

- ✓ **Terapia Intensiva**

Daniel H. Ceraso

4° Edición

Editorial Panamericana