



Universidad del sureste

Nombre del maestro:

Javier Gómez Galera

Nombre de la materia:

Prácticas profesionales

Nombre del trabajo:

Súper nota

Nombre del alumno:

Kevin Junior Jimenez Espinosa

Carrera:

Lic. Enfermería

Grado:

9no. Cuatrimestre

Escala de valoración

Son instrumentos de evaluación contruidos con base en una serie de indicadores que señalan el grado de desarrollo de conocimientos, habilidades, actitudes y valores a partir de una progresión determinada.

Escala de Glasgow

Mide el nivel de alerta en base a una puntuación, la cual va desde 3 (coma profundo) hasta el 15 (normalidad). Se calcula tras valorar la respuesta de la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Se basa en la valoración de tres aspectos de la conducta: respuesta ocular, verbal y motora ante órdenes verbales y estímulos dolorosos.

- ➔ **RESPUESTA OCULAR:**
4. Espontánea
 3. Al comando verbal
 2. Al estímulo doloroso
 1. Ninguna respuesta

- ➔ **RESPUESTA VERBAL:**
5. Orientada
 4. Confusa
 3. Palabras inadecuadas
 2. Sonidos incomprensibles
 1. Ninguna respuesta

- ➔ **RESPUESTA MOTORA:**
6. Movimientos espontáneos normales.
 5. Obedece órdenes
 4. Localiza el dolor.
 3. Flexión anormal (descerebración)
 2. Extensión anormal (decorticación)
 1. Ninguna respuesta.



Su sitio online de consulta para profesionales en salud.

@Guiadenfermeria
www.guiadenfermeria.org

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.

- Despierto, ansioso y agitado
- Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
- Dormido con respuesta a órdenes
- Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
- Dormido con respuesta sólo al dolor
- Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos

ESCALA DE RAMSAY

Valoración del estado de sedación del paciente



Escala de Silverman

Es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también. Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente).

Los parámetros clínicos que evaluar son los siguientes:

Movimientos toracoabdominales

Tiraje intercostal

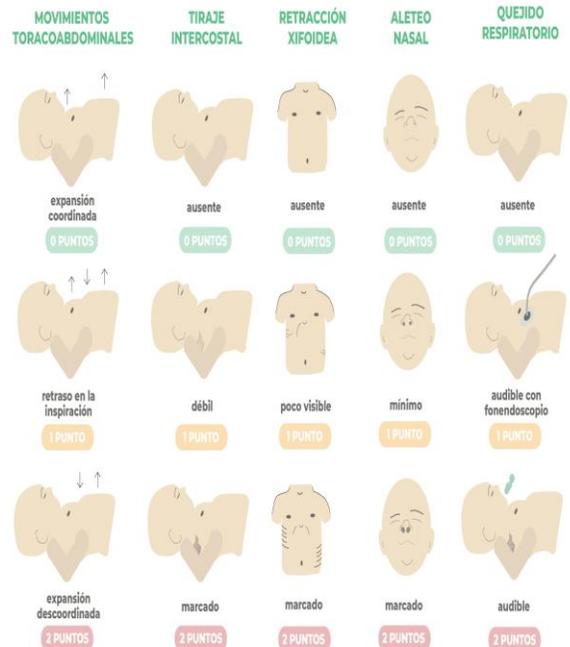
Retracción xifoidea

Aleteo nasal

Quejido respiratorio

TEST DE SILVERMAN

0 puntos: No hay dificultad respiratoria
1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa



Escala de Eva

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 Capurro

En neonatología, la valoración o test de Capurro (o método 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 dan la estimación buscada

Signos Somáticos de Capurro:

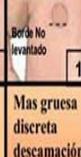
Formación del pezón.

Textura de la piel

Forma del pabellón auricular

Tamaño del nódulo mamario

Surcos plantares

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

Escala 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.



Escala de Crichton

Empleada en población adulta. 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

ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE CRICHTON

CRITERIOS	CAL.	DESCRIPCIÓN
Limitación física.	2	Presenta cualquier factor riesgo señalado como limitante.
Estado mental alterado.	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado.
Tratamiento farmacológico.	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados.
Problemas de comunicación.	2	Habla otro idioma o dialecto o presenta problemas que dificulten la comunicación.
Sin factores de riesgo.	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores pero está hospitalizado.

● **Bajo riesgo: 1. Verde.**
● **Moderado riesgo: 2 a 3. Amarillo.**
● **Alto riesgo: 4 a 10. 1. Rojo.**

Escala de Braden

Consta de seis subescalas:

- Percepción sensorial
- Exposición de la piel a la humedad
- Actividad física
- Movilidad
- Nutrición
- Roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o Igual de 75 años.