



**SUPER NOTA**

*Nombre del Alumno: Dulce Flor Hernández Díaz*

*Nombre del tema: Escalas de valoración*

*Parcial: Parcial I*

*Nombre de la Materia: Prácticas profesionales*

*Nombre del profesor: Javier Gómez Galera*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: Noveno*

*Lugar y Fecha de elaboración:*

**Pichucalco, Chiapas a 01 de junio del 2022**

# ESCALAS DE VALORACIÓN

## Escala de Glasgow

**ESCALA DE COMA GLASGOW**

MEJOR RESPUESTA

**O C U L A R**

4	3	2	1
<b>ESPONTÁNEA</b> Abre antes del estímulo	<b>AL SONIDO</b> Tras decir o gritar la orden	<b>A LA PRESIÓN</b> Tras estímulo en la punta del dedo	<b>NINGUNA</b> No abre los ojos No hay factor que interfiera

**NV** No Valorable = Cerrados por un factor a nivel local

**V E R B A L**

5	4	3	2	1
<b>ORIENTADO</b> Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha	<b>CONFUSO</b> No orientado Comunicación coherente	<b>PALABRAS</b> Palabras sueltas ininteligibles	<b>SONIDOS</b> Solo gemidos y quejidos	<b>NINGUNA</b> No se oye respuesta No hay factor que interfiera

**NV** No Valorable = Existe factor que interfiere en la comunicación

**M O T O R A**

6	5	4	3	2	1
<b>OBECEDE ÓRDENES</b> Obecece con ambos lados	<b>LOCALIZA</b> Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada	<b>FLEXIÓN NORMAL</b> Dobra brazo sobre codo rápidamente	<b>FLEXIÓN ANORMAL</b> Dobra brazo sobre codo. Características anormales	<b>EXTENSIÓN</b> Extiende el brazo	<b>NINGUNA</b> No hay movimientos en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera

**NV** No Valorable = Parálisis u otro factor limitante

FUENTE: <http://www.glasgowcomascale.org/>

Medición del estado de conciencia del paciente.



Procedimiento

- 1.- Preservar intimidad del paciente
- 2.- Solicitar colaboración de familiares
- 3.- Valorar escala de Glasgow
- 4.- Registrar en estado de enfermería

## Escala de Ramsay

Se utiliza para medir el nivel de sedación en pacientes. Presenta 6 grados

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

# Silverman

Valora la gravedad de afectaciones respiratorias en recién nacidos principalmente.



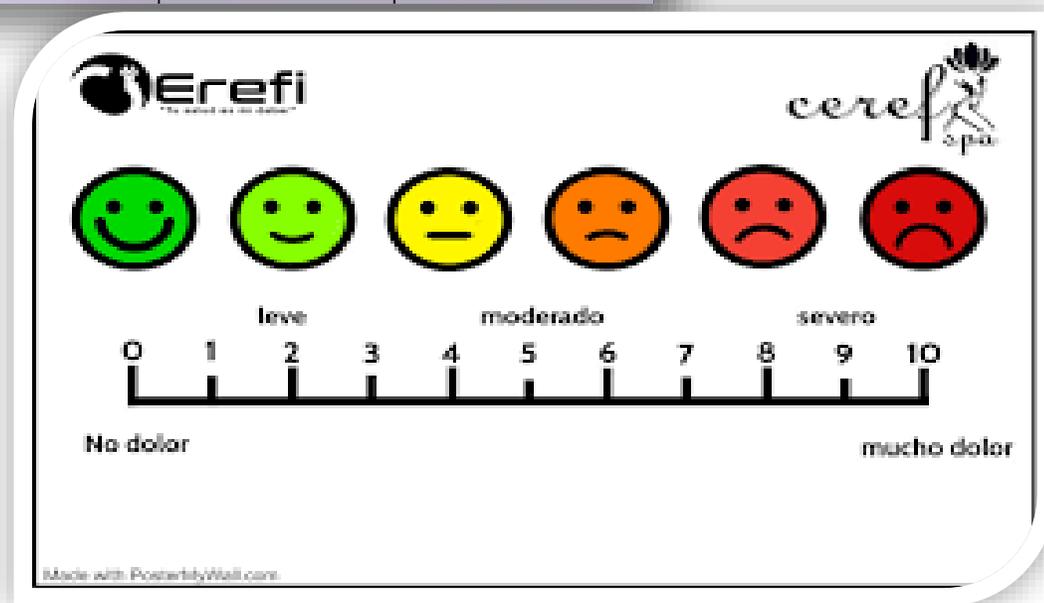
SIGNOS	Puntuación		
	0	1	2
Movimientos toracoabdominales	Ritmos regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento	Disociación toracoabdominal (abdomen y tórax con movimientos asincrónicos)
Tiraje intercostal	No	Leve	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido 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 EVA

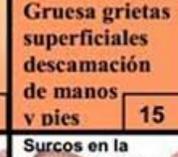
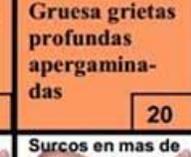
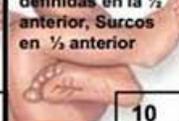
### (Escala Visual Analógica)

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente de una manera más precisa.



# Capurro

Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

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

# Apgar

Prueba para evaluar si el recién nacido requiere asistencia médica de emergencia. Se realiza dos veces; 1 minuto después del nacimiento y 5 minutos después del mismo.

@Mundocupacional

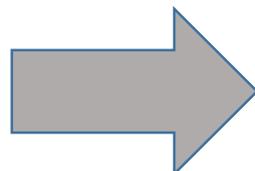
## ESCALA APGAR

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

# Escala de Crichton



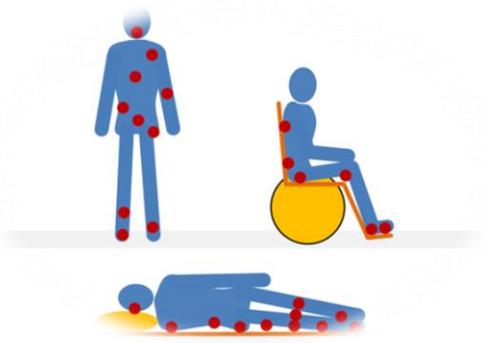
Valora el riesgo de caídas del paciente de acuerdo a su estado físico. Un mayor puntaje representa un riesgo de caída.



Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	SI	1
	NO	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonistas, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
	Orientado	0
Estado Mental	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
	Normal	0
Deambulación	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
<b>Total Puntaje</b>		

# Escala de Braden

Medición de riesgo de padecer úlceras por presión.



**ESCALA DE BRADEN**  
[www.paraulcerasporspresion.com](http://www.paraulcerasporspresion.com)

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
<b>PERSEPCIÓN SENSORIAL</b>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<b>MOVILIDAD</b>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<b>NUTRICIÓN</b>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	