



Super nota

Nombre del Alumno: Nayibeth Cruz López

Nombre del tema: Escalas de valoración

Parcial: Primer Parcial

Nombre de la Materia: practicas profesionales

Nombre del profesor: Lic. Javier Gómez Galera

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9vo cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a 13 de junio del 2022

Escala de valoración Glasgow

¿Qué es la escala de Glasgow y que valora?

Resultado de imagen para escala de valoración de 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.

¿Cómo se clasifica la escala de Glasgow?

La escala de coma 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 Glasgow

Usado para medir el nivel de conciencia.

Por debajo de 7 puntos: Coma

Por debajo de 8 puntos: Intubación

15
3
Valor máximo
Valor mínimo

Respuesta ocular

Espontánea



4

Orden Verbal



3

@enfermeroempollon

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

Escala de valoración Ramsay

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.

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

Escala de valoración de Silverman

¿Qué es la valoración de Silverman?
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).

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



Escala de valoración 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.

¿Cuándo se aplica la escala de Eva?

La escala de EVA se emplea para la valoración del dolor de forma analógica. Es decir, por medio de una línea de 10 centímetros que luego será medida para darle un valor numérico a la percepción que tiene el paciente de su dolor. De aquí el significado de su acrónimo EVA (Escala Visual Analógica).

Escala EVA Valoración del dolor

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Se debe tener presente el **estado cognitivo del paciente**, ya que la escala numérica se puede configurar por **colores o caras expresivas**



Se debe señalar el **punto de la línea** que más se ajusta a la **percepción del dolor**

Escala utilizada para **objetivar el dolor** y a su vez lograr un **mejor control de este**

Escala de valoración de Capurro

En neonatología, el 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 entre sí, dan la estimación buscada.

Prematuro extremo: menos de 32 semanas

Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas

Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas

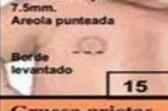
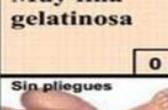
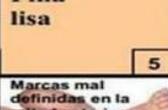
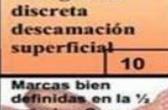
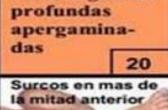
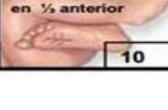
Postmaduro: 42 semanas o más



TEST CAPURRO



Criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato

FORMA DE LA OREJA (PABELLON)	 Aplana, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	
TAMAÑO DE GLANDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	
FORMA DEL PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	
TEXTURA DE LA PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas 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 mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

Se suma
204 +
puntaje
parcial y se
divide
entre 7

Escala de valoración de Apgar

El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer. Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud.

ESCALA Apgar

Valora la adaptación cardiorrespiratoria en la vida extra uterina.

A apariencia

P pulso

G gestos

A actividad

R Respiración

PUNTAJACION

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

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

@nurse.studie



Valoración de la escala de Crichton

Escala de funcionalidad 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.

Valoración del riesgo de caídas

Escala de funcionalidad de Crichton

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE.	
VALORACIÓN RIESGO	PUNTUACIÓN
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total	10

DETERMINAR EL GRADO DE RIESGO DE CAIDAS		
NIVEL	PUNTOS	CODIGO
Alto riesgo	4 a 10	ROJO
Mediano riesgo	2 a 3	AMARILLO
Bajo riesgo	0 a 1	VERDE

Esta escala valora la funcionalidad en todas sus esferas, a mayor puntaje es un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

Fuente: Planes de cuidados de Enfermería Diane Kaschak Neuman. Edt. Mosby

Escala de valoración de braden

La 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 Braden

Percepción Sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y Peligro de Lesiones
1. Completamente limitada	1. Constantemente limitada	1. Encamado/a	1. Completamente inmovil	1. Muy pobre	1. Problemas
2. Muy limitada	2. A menudo húmeda	2. En silla	2. Muy limitada	2. Probablemente inadecuada	1. Problema potencial
3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente húmeda	3. Deambula ocasionalmente	3. Ligeramente limitada	3. Adecuada	3. No existe problema
4. Sin limitaciones	4. Ráramente húmeda	4. Deambula frecuentemente	4. Sin limitaciones	4. Excelente	

Riesgo muy alto: <9

Alto riesgo: 10-12

Riesgo moderado: 13-14

Riesgo leve: 15-18

Sin Riesgo: 19-23