



**SUPER NOTA.**

*Nombre del Alumno: Selvi Joseline López Gómez*

*Nombre del tema: Escalas valorativas.*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales.*

*Nombre del profesor: LE. Javier Gómez Galera.*

*Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería.*

*Cuatrimestre: 8° Cuatrimestre.*

# Escala de Glasgow.

Objetivo.

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

Definición.

Preservar la intimidad del paciente-informarle

Solicitar la colaboración del paciente y familia.

Valorar su nivel de conciencia.

Registrar en la documentación de enfermería.

Escala Glasgow Adultos	Respuesta del paciente	Puntuación
Apertura de ojos	Espontánea	4
	Al sonido	3
	Al habla	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Incoherente	3
	Ininteligible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Reflejo retirada	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ausente	1

Escala Glasgow Pediátrica	Respuesta del paciente	Puntuación
Respuesta ocular	Espontánea	4
	Al habla	3
	Al dolor	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Ruidos y gorgojeos	5
	Irritable	4
	Llora ante el dolor	3
	Gime ante el dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Movimientos espontáneos normales	6
	Retirada al contacto	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ninguna	1

## Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de conciencia.

Por debajo de 7 puntos: Coma

Por debajo de 8 puntos: Intubación

15 Valor máximo  
3 Valor mínimo

### Respuesta ocular

**Esponánea** **Orden Verbal** **Al dolor** **Sin respuesta**

### Respuesta verbal

**Orientado** **Desorientado** **Palabras inapropiadas** **Sonidos Incomprensibles** **Sin respuesta**

### Respuesta motora

**Orden verbal** **Localiza el dolor** **Flexión/ retirada** **Flexión anormal** **Extensión** **Sin respuesta**

**Decorticación** **Decerebración**

# 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	
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 Silverman.

## 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



**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



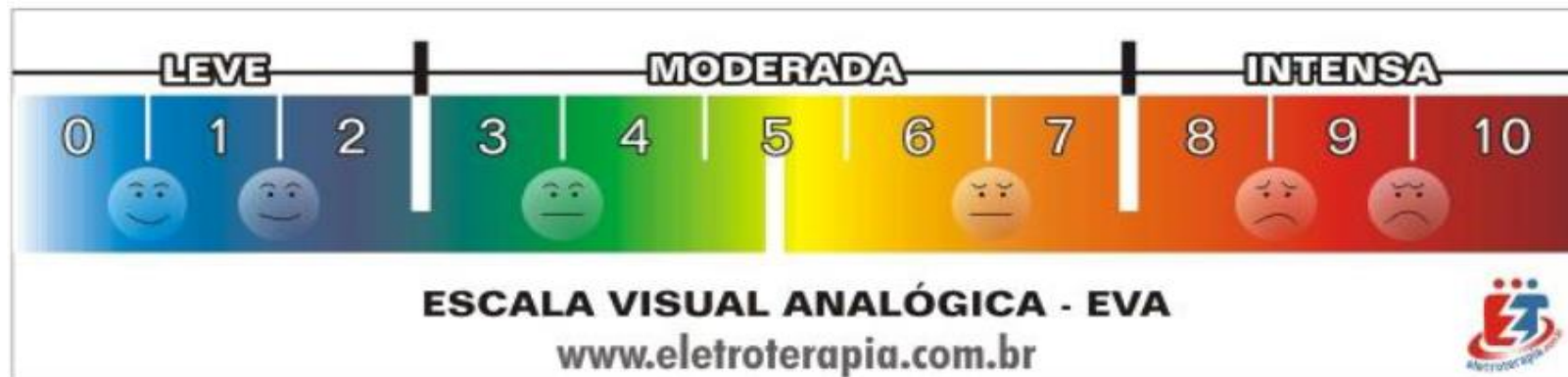
Es muy utilizada en la UCINs, para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de diestres respiratorio.

El diagnóstico precoz es fundamental para instaurar las medidas oportunas y pertinentes para evitar este problema y otras complicaciones.



# Escala de Eva.

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.



La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. 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.

# Escala de Capurro

En neonatología, es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. Considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones combinadas dan la estimulación buscada.

La edad gestacional es la forma de juzgar la madurez y tamaño de un recién nacido. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño.

## Valoración edad gestacional: Método B CAPURRO

+/- 8 días		Pediatria				Puntaje parcial:	
<b>Forma de oreja (pabellón)</b>	 0	 8	 16	 24		1. Suma 204 + puntaje obtenido	
<b>Tamaño de glándula mamaria</b>	 0	 5	 10	 15	R	2. Divide resultado entre 7	
<b>Formación del pezón</b>	 0	 5	 10	 15	R		
<b>Textura de la piel</b>	 0	 5	 10	 15	R		
<b>Pliegues plantales</b>	 0	 5	 10	 15	R		
				 20	R		
				 20	R		

¿Cuándo utilizar capurro B?  
1. Si el RN presenta signos de daño cerebral o disfunción neurológica



Para diagnosticar **PREMATUREZ Capurro B** S: 40.62% E: 97.71 VPP: 65% VPN: 94% **Gold standart VALORAR EDAD GESTACIONAL:** Ultrasonido obstétrico primera mitad del embarazo

# Escala de Apgar.

Es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.

@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.

Escala para valorar el riesgo de caída.

Permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico.

## 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
<b>total</b>	<b>10</b>

## 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
<b>total</b>	<b>10</b>

## 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

Los problemas de idioma socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes.

Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.



# Escala de Braden.

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

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

## Referencias.

Antología de UDS

Prácticas profesionales de enfermería.

Pag. 29-38