



Mi Universidad

ESCALAS

Nombre del Alumno: Rosa Angélica Ríos Morales

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales

Nombre del profesor: Juan Inés Hernández López

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Noveno

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (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. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta. Han de evitarse términos ambiguos como estuporoso, somnoliento, inconsciente o comatoso, que son subjetivos y no permiten tener la certeza del curso clínico del paciente. Por ello se ha universalizado el empleo de la GCS.

La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. Debe desglosarse en cada apartado, y siempre se puntuará la mejor respuesta. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

Una vez hemos realizado el examen neurológico podremos establecer una categoría para el grado de gravedad del traumatismo. A partir de aquí el profesional podrá definir un pronóstico inicial y, lo más importante, marcar los pasos de actuación diagnóstica y terapéutica siguientes.

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
						
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
						
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
						
			(rigidez de decorticación)		(rigidez de decerebración)	

ESCALA DE RAMSAY

La Escala de Ramsay evaluación nivel sedación, Es un método de evaluación del nivel de sedación y un instrumento preponderante que es utilizado al borde del lecho en Unidades de Terapia Intensiva por médicos, enfermeros, auxiliares y técnicos de enfermería debidamente entrenados. La aplicabilidad de este instrumento posibilita la actuación directa e intensiva del profesional de enfermería ofreciendo al paciente un trabajo con calidad.

Es un tipo de escala subjetiva, utilizada para evaluar el grado de sedación en pacientes, con el fin de evitar la sedación insuficiente (el paciente puede sentir dolores) o excesivamente excesiva (poniéndolo en riesgo de muerte). Se ha utilizado principalmente para evaluar pacientes en una unidad de terapia intensiva.

Fue descrita por primera vez por el medico Michael Ramsay [como parte de un estudio sobre el efecto de un esteroide anestésico publicado en 1974. Comprende valores que van de 1 a 6, atribuidos observando las respuestas dadas por el paciente después de estímulos y pueden ser:

- Grado 1: paciente ansioso, agitado;
- Grado 2: cooperativo, orientado, tranquilo;
- Grado 3: somnoliento, atendiendo a los comandos;
- Grado 4: durmiendo, responde rápidamente al estímulo glabelar o al estímulo sonoro vigoroso;
- Grado 5: durmiendo, responde lentamente al estímulo glabelar o al estímulo sonoro vigoroso;
- Grado 6: durmiendo, sin respuesta.

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSAY	
Ansioso, agitado o intranquilo	1
Cooperador, orientado y tranquilo	2
Respuesta solo a órdenes verbales	3
Dormido. Pero con respuesta e estimulo auditivo leve	4
Dormido. Solo hay respuesta a estimulo intenso táctil	5
No hay respuesta	6

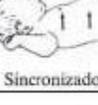
ESCALA SILVERMAN

La frecuencia respiratoria en el recién nacido se encuentra entre las 40 a 60 respiraciones/min. y esta respiración suele ser periódica. Al contrario que en adultos que es regular, los RN, sobre todo los prematuros, pueden respirar a un ritmo regular durante alrededor de un minuto y luego presentar un breve periodo de ausencia de respiración durante 5 a 10 segundos. Si esta situación se prolonga durante más tiempo, se estaría observando una apnea y el RN podría presentar cambios de coloración en la piel, tendiendo tono violáceo o cianótico.

Cuando el RN presenta una coloración sonrosada, sin alteraciones, quejidos y la frecuencia respiratoria es inferior a 60 respiraciones/ min., el sistema respiratorio suele estar intacto. La enfermera debe saber que, si el recién nacido se mantiene caliente, suele acompañarse de un patrón respiratorio normal y **que** la hipotermia ayuda al desorden en el patrón respiratorio normal del RN.

El Test de Silverman - Anderson evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido. 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, etc. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

ESCALA DE EVA

La escala de EVA se emplea para la valoración del dolor de forma analógica. La verdad es que es muy sencilla de utilizar. Con la escala EVA se dará una valoración del 0 al 10 al dolor, siendo la 0 ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable.

Se basa en una escala horizontal, representada por una línea, en la que paciente debe marcar el lugar que considera que se encuentra su dolor. Encontraremos la ausencia de dolor a dolor leve a la izquierda y el máximo dolor a la derecha de la línea. Posteriormente una vez se marque en la línea horizontal el nivel de dolor, se procede a la medición con una regla milimetrada.

Los resultados se evaluarán teniendo en cuenta tres niveles de dolor según los valores marcados:

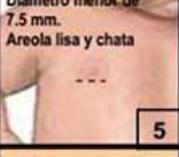
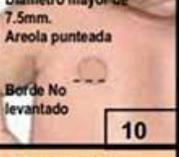
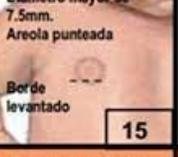
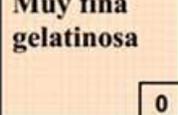
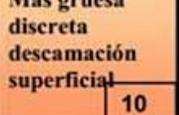
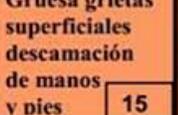
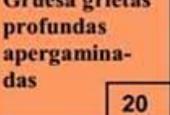
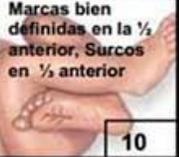
- (<4): Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve o leve-moderado
- (4-6): En el caso que nos encontremos con una medición entre 4 y 6 centímetros, el dolor se considerará de moderado a moderado-grave
- (>6): Si los valores son mayores de 6 hablamos ya de un dolor que pasa de grave a insoportable.
- Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. 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. Se puede usar para elegir la dosis correcta de un analgésico. También se llama escala visual analógica.



ESCALA CAPURRO

Es una prueba utilizada por los neonatólogos. Sirve para calcular la edad gestacional del recién nacido cuando hay duda sobre la fecha de la última regla. Este test permite clasificar al recién nacido en tres categorías: bebé nacido a pretérmino, a término o postérmino. Un recién nacido a pretérmino es aquel que nace antes del tiempo gestacional normal de 42 semanas. Específicamente, se refiere a niños nacidos con menos de 37 semanas. A estos recién nacidos también se les denomina bebés prematuros.

Se pueden clasificar como prematuros leves (entre 35 a 36 semanas), moderados (entre 32 a 34 semanas) y extremo (< de 32 semanas). Los niños prematuros pueden tener dificultad respiratoria, entre otras deficiencias, debido a que muchos de sus órganos aún no están maduros. Ejemplo los pulmones. Mientras que, un bebé a término es aquel que nace entre la semana 37 a la 42 de gestación, es decir, es un neonato que ha nacido en el tiempo establecido como normal. En este lapso de tiempo el bebé ha completado su desarrollo y está preparado para enfrentar el nuevo ambiente. Finalmente, un bebé nacido a postérmino significa que el tiempo de gestación ha superado las 42 semanas. En muchos países se dice popularmente: "Se pasó el parto". El método de Capurro toma en consideración el análisis de 4 parámetros físicos y 2 neurológicos (Capurro A) o solo 5 parámetros físicos (Capurro B).

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	
Formación 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. Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado 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

ESCALA APGAR

Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento. La prueba debe su nombre a la Dra. Virginia Apgar, una famosa anestesista obstétrica americana, que en 1952 propuso este método simple y repetible, buscando averiguar rápidamente la situación de los recién nacidos y valorar así los efectos, en ellos, de la anestesia que recibían sus madres. Se lleva a cabo al minuto y a los cinco minutos de nacer. En el test se puntúan 5 datos o parámetros:

- La frecuencia cardíaca del recién nacido; es decir, la velocidad a la que late su corazón.
- El esfuerzo que hace para respirar.
- El tono muscular, que se valora viendo la postura y los movimientos.
- La irritabilidad refleja, que es la respuesta y los gestos que hace el recién nacido ante los estímulos.
- El color de la piel

A cada uno de los parámetros se les da una puntuación que puede ser de 0, 1 o 2; luego se suman todos obteniéndose un valor final entre 0 y 10. Como ya se dijo, se puntúa al minuto y a los cinco minutos de vida, de forma que al final se obtienen así dos números, el primero corresponde a la puntuación al minuto 1 de vida y el segundo al minuto 5. Ejemplo: 7/9 (es decir, un 7 al minuto de vida y un 9 a los 5 minutos de nacer).

Puntuaciones de 10 son poco frecuentes, ya que la mayoría de los recién nacidos obtienen una puntuación de 1 en el color, pues suelen tener cierta palidez y las manos y los pies azulados al nacimiento.

Generalmente las puntuaciones de 7 o superiores indican una buena adaptación a la vida tras el nacimiento. Si la puntuación está por debajo de 7, el bebé necesita ayuda para adaptarse. La mayoría de las veces la estimulación, secándolo, por ejemplo, es suficiente.

Sistema de puntuación de Apgar

Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100 latidos por minuto	Más de 100 latidos por minuto
Respiración	Ausente	Lenta, irregular, llanto débil	Buena; llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Cierta flexión de brazos y piernas	Movimiento activo
Reflejo*	Ausente	Mueca	Mueca y tos o estornudos
Color	Azulados o pálido	Cuerpo rosado; manos y pies azulados	Completamente rosado



ESCALA DE CRICHTON

1. Escala de comportamiento de Crichton Royal contiene 10 ítems que miden aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo. Cada ítem tiene cinco categorías de calificación, considerando 0 puntos no-empeoramiento y 4 puntos severo empeoramiento. El nivel de mayor deterioro corresponde a 38 puntos.
2. Escala de valoración de la piel según los cuatro estadios de desarrollo de las úlceras
3. Valoración del estado nutricional: a) Índice de masa corporal (IMC); b) Factores que influyen en la alimentación: dieta, masticación, dentadura postiza, estado de las encías.
4. Valoración riesgo de caídas: se evaluaron las variables: marcha, equilibrio, seguridad al deambular, tono muscular, utilización de gafas, fármacos depresores, calzado adecuado, antecedentes de caídas.
5. Valoración de presencia de secreciones en vías aéreas: tos, expectoración y auscultación pulmonar.

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

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 en EE.UU., en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Bárbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de una EVRUPP.

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.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.

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. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión, se utilizó este punto de corte ya que es lo que se describe por los autores de la escala para su utilización.



ESCALA DE CINCINNATI

La Escala Cincinnati es considerada la mejor herramienta de evaluación hospitalaria a la hora de detectar esta enfermedad. Esta escala nos permitirá identificarla rápidamente ante lo que tenemos que llamar de inmediato a emergencias, activando así el llamado Código Ictus.

Esta escala consta de 3 parámetros, ya que evalúa la presencia o ausencia de parálisis facial, la debilidad asimétrica del brazo y anomalías del habla en pacientes con posible enfermedad cerebrovascular. Cada parámetro puede tener dos valoraciones, anormal o normal. En la asimetría facial se considera normal que ambos lados de la cara se muevan de forma simétrica y como anormal que un lado de la cara no se mueva tan bien como el otro.

La fuerza en los brazos se considera normal que ambos brazos se mueven igual y como anormal que un brazo no se mueva o caiga con respecto al otro. El habla se considera normal si el paciente utiliza palabras correctas, sin farfulla, y como anormal que el paciente al hablar arrastra las palabras, utilizando palabras incorrectas o no pueda hablar. La presencia de una valoración anormal en uno de los parámetros tiene una probabilidad de ictus del 72% mientras que si los tres parámetros se encuentran alterados la probabilidad de ictus es mayor del 85%. En conclusión, es de vital importancia saber identificar un accidente cerebrovascular a tiempo y saber actuar de una manera eficiente y rápida, ya que el tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas a la aplicación de tratamiento es crucial para evitar complicaciones y disminuir la mortalidad debido a estos sucesos.



Escala de Cincinnati



<p>Nemotecnia FAST:</p> <p>F ace</p> <p>A rm</p> <p>S peech</p> <p>T ime</p>	<p>Probabilidad de ACV:</p> <p>1/3 = 72%</p> <p>2/3 = 85%</p> <p>Nemotecnia PRISA (PRonunciar - Intentar Sonreír - Alzar el brazo)</p> <p>AMIR Perú</p> <p>Alexandra Hernández</p>
--	---