

UDS

Mi Universidad

Conceptos

Nombre del Alumno: Rosa Isela Bautista Gómez.

Nombre del tema: Escalas.

Parcial: 1er parcial.

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales.

Nombre del profesor: Juana Inés Hernández López.

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería.

Cuatrimestre: 9no cuatrimestre.

¿Qué ES LA ESCALA GASGLOW Y COMO SE EMPLEA?

Glasgow Coma Scale (GSS), conocida en castellano como escala de Glasgow, es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico. Se emplea durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros: la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal.

De acuerdo a la respuesta del paciente, el profesional asigna un valor a cada parámetro. La suma de los tres valores constituye el resultado final de la escala de Glasgow. Al analizar la apertura ocular, el puntaje puede ir desde 1 (si el paciente no responde en absoluto) hasta 4 (en el caso en que se produzca de manera espontánea). En el caso de la respuesta verbal, los valores comienzan en 1 (si es nula) y llegan hasta 5 (si es orientada). Por último, en cuanto a la respuesta motora, la escala contempla valores del 1 (cuando no hay resultados) hasta 6 (la persona cumple las ordenes expresadas por la voz). Estos criterios suponen que el puntaje más bajo que se puede obtener con la escala de Glasgow es **3 puntos**, mientras que el valor más alto es **15 puntos**. El paciente con menor puntaje es aquel que sufre los daños craneoencefálicos más graves.

La escala de Glasgow ha trascendido su aplicación inicial para ser utilizada en la evaluación de lesiones del encéfalo no traumáticas. Esto la convirtió en una de las más usadas en el campo de la neurocirugía y muchas otras ramas de la medicina, en **una herramienta útil para todo profesional de la salud**.

Escala de Glasgow

Usado para medir el nivel de consciencia.
 Por debajo de 7 puntos: Coma
 Por debajo de 8 puntos: Intubación

Valor máximo: 15
 Valor mínimo: 3

Respuesta ocular

- Esponánea: 4
- Orden Verbal: 3
- 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 (Decorticación): 3
- Extensión (Decerebración): 2
- Sin respuesta: 1

¿Qué ES LA ESCALA RAMSAY Y COMO SE EMPLEA?

La Escala de Ramsay sirve para **evaluar el grado de sedación** al que sometemos a un paciente. Su objetivo es **controlar el nivel de sedación** de un paciente para evitar que su aplicación sea insuficiente o excesiva. Así, se aplica la **dosis óptima** siempre bajo la supervisión de un profesional formado en esta especialidad.

Esta fue desarrollada en 1974 por el medico Michael Ramsey, como parte de un estudio sobre el efecto de un anestésico esteroide. Es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes y una de las más utilizadas. Su empleo se asocia la disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia en UCI. Valora 6 niveles de sedación que son:

- ✓ 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 solo al dolor.
- ✓ Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos.

Cualquier profesional médico que se encargue de administrar sedación debe recurrir a algún instrumento de monitorización. Esto se debe a la necesidad de estar atento al nivel de sedación que tiene el paciente para **evitar complicaciones** a lo largo del procedimiento al que se está sometiendo.



¿Qué ES LA ESCALA SILVERMAN Y COMO SE EMPLEA?

La 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 5 parámetros fácilmente evaluables, asignándosele a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.

Los parámetros clínicos que evaluar son los siguientes:

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES

Los movimientos toraco-abdominales van acompañados de una expansión torácica y abdominal durante la inspiración y una depresión en la fase espiratoria, lo normal es que sea un movimiento rítmico y armónico, cuando esto sucede se asigna una puntuación de 0.

Si el tórax permanece inmóvil y solo hay movimientos abdominales se asigna una puntuación de 1 (respiración abdominal).

Si los movimientos toraco-abdominales no son armónicos y coherentes (el tórax se contrae mientras el abdomen se distiende y viceversa) se asigna una puntuación de 2, es lo que como disociación torácico abdominal.

TIRAJE INTERCOSTAL

Se debe a la presencia de unas arrugas o pliegues entre las costillas debido a la intervención de los músculos intercostales para ayudar a respirar, en condiciones normales estos músculos no intervienen. Si no hay presencia de dichos pliegues durante la respiración se le asigna un 0. Cuando la dificultad respiratoria es leve, el tiraje intercostal es apenas visible, aunque está presente. En estos casos se le asigna una puntuación de 1. Cuando el tiraje intercostal está muy marcado y es fácilmente visible se le asigna un 2.

RETRACCION XIFOIDEA

En condiciones normales esta estructura ósea no presenta movimiento alguno durante la respiración o es imperceptible, así pues, la puntuación sería de 0. Si el apéndice se ve marcado levemente se le daría la puntuación 1, y si el movimiento es acentuado y muy marcado la puntuación sería de 2.

ALETEO NASAL

El aleteo nasal sucede cuando las fosas nasales tienen que abrirse más de lo normal porque no llega el suficiente aire a los pulmones durante la inspiración. Cuando no existe dificultad respiratoria no debe haber aleteo nasal y se puntúa con 0.

QUEJIDO RESPIRATORIO

Se trata de un sonido característico que se presenta cuando es expulsado el aire por una vía respiratoria estrecha. En condiciones normales no debe presentarse. Entonces la puntuación de 0. Si el quejido es audible con fonendoscopio la puntuación es de 1. Si es audible sin ningún dispositivo tiene una puntuación de 2.

La interpretación es muy sencilla:

- 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.

Según la puntuación y la severidad se decidirá la mejor opción terapéutica, que puede ir desde el apoyo con oxigenoterapia, la intubación u otros dispositivos ventilatorios.

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON					
PUNTO	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA (ESTERNAL)	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
0	 SINCRONEADO	 AUSENTE	 AUSENTE	 AUSENTE	 AUSENTE
1	 VISIBLE EN INSPIRACIÓN	 LEVE	 LEVE	 LEVE	 AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO
2	 SIEMPRE VISIBLE	 MARCADO Y CONSTANTE	 MARCADO	 MARCADO	 AUDIBLE AL OÍDO

PUNTO	SEVERIDAD RESPIRATORIA
0 puntos	Sin dificultad respiratoria
1 - 3 puntos	Leve
4 - 6 puntos	Moderada
7 - 10 puntos	Severa

¿Qué ES LA ESCALA EVA Y COMO SE EMPLEA?

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).

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 el 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 considerara de moderado a moderado-grave.
- (>6): Si los valores son mayores de 6 hablamos ya de un dolor que pasa de grave a insoportable.



¿Qué ES LA ESCALA CAPURRO Y COMO SE EMPLEA?

El test de 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 pre término, a término o pos termino.

Existen 2 tipos de test de Capurro. El test de Capurro A y el test de Capurro B.

El test de Capurro A se aplica a niños recién nacidos que no tienen ningún impedimento para ser examinados y que no manifiesten ningún daño neuromuscular por trauma, anestesia o infección.

El test Capurro B se aplica en niños recién nacidos que presentan una condición que imposibilite ser examinados. Por ejemplo, recién nacidos que están en estado crítico y tienen tomada una vía central o han tenido que ser intubados, o presentan problemas neuromusculares. Para que el test tenga aplicabilidad el neonato debe pesar más de 1.500 gramos.

Parámetros que utiliza el test de Capurro A:

Físicos: forma del pabellón de la oreja, diámetro de la glándula mamaria, textura de la piel y las características de los pliegues plantares.

Neurológicos: El signo de la bufanda y la caída de la cabeza.

Parámetros del test de Capurro B:

Se obvian los signos neurológicos y solo se evalúan los parámetros físicos antes mencionados y a estos se anexa la formación del pezón.



¿Qué ES LA ESCALA APGAR Y COMO SE EMPLEA?

La puntuación 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.

Por lo general, la prueba de Apgar (también conocida como test de Apgar) se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento, y de nuevo, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante, se puede evaluar al bebé por tercera vez.

La palabra Apgar se refiere a “Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración.

En la prueba, se utilizan estos cinco factores para evaluar la salud del bebé. Y cada factor o aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible:

1. Aspecto (color de la piel).
2. Pulso (frecuencia cardíaca).
3. Irritabilidad (respuesta refleja)
4. Actividad (tono muscular).
5. Respiración (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio).

Los médicos, las comadronas o parteras y el personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre 0 y 10. 10 es la máxima puntuación posible, pero la alcanzan muy pocos bebés. Esto se debe a que las manos y los pies de muchos bebés siguen azuladas hasta que entran en calor.



¿Qué ES LA ESCALA CRICHTON Y COMO SE EMPLEA?

Es para valorar el riesgo de caída. Esta 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. Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

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

¿Qué ES LA ESCALA BRADEN Y COMO SE EMPLEA?

Esta escala se emplea cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP (ulceras por presión) en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial.

La Escala Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas.

La utilidad fundamental de esta escala de úlceras por presión es la prevención de su aparición. Además, es útil también para mejorar sus cuidados, actuando no solo de forma local sobre la piel, sino también modificando los factores de riesgo que han conducido a esta situación.

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.

¿Qué ES LA ESCALA CINCINNATI Y COMO SE EMPLEA?

También conocida como método F.A.S.T. Es un procedimiento que permite identificar de forma sencilla y rápida si alguien está sufriendo un Ictus.

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 mueve 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 puede 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%

Signo	Actividad del paciente	Interpretación
FACE Expresión facial Asimetría facial 	Haga que el paciente sonría o muestre los dientes	Normal: movimiento simétrico de ambos lados de la cara Anormal: movimiento asimétrico de ambos lados de la cara. Uno no se mueve tan bien como el otro Anormal: un lado está más bajo o no se mueve simétricamente
ARM Movimiento de extremidades 	Brazos extendidos y ojos cerrados 10 segundos	Normal: movimiento simétrico o ausencia de movimiento de ambas extremidades Anormal: movimiento asimétrico de ambas extremidades. Un brazo cae o se mueve más que el otro
SPEECH Lenguaje 	Repetir «Sabe más el diablo por viejo que por diablo»	Normal: pronuncia correctamente las palabras Anormal: lenguaje confuso, erróneo o ausente. Arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no habla

Si cualquier signo es anormal, existe sospecha de ictus.