



**Mi Universidad**

## Investigación

*Nombre del Alumno: Karla del Rocío Chablé Reyes*

*Nombre del tema: Anatomía General*

*Nombre de la Materia: Practicas Profesionales*

*Nombre del profesor: Juana Inés Hernández López*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 9ª*

*Lugar y Fecha de elaboración*

**Carretera a Villahermosa-Aeropuerto KM.  
10+400 Pob. Dos Montes a 28 de Mayo del  
2022**

## ESCALA DE GLASGOW

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.



## ESCALA DE 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.

- Nivel 1 Despierto: agitado, ansioso, inquieto
- Nivel 2 Despierto: colaborador, tranquilo
- Nivel 3 Somnoliento: responde a órdenes verbales
- Nivel 4 Dormido: responde a órdenes enérgicas
- Nivel 5 Dormido: responde al dolor
- Nivel 6 Dormido: no hay respuesta

# Escala de Ramsay

**Valoración del estado de sedación**  **No recomendada si uso de relajantes musculares**

	<b>Características</b>		<b>Nivel</b>
<b>Despierto</b>	<b>Ansioso y/o agitado</b>		<b>1</b>
	<b>Cooperador, orientado, tranquilo</b>		<b>2</b>
<b>@enfermeroempollon</b>			
<b>Dormido</b>	<b>Respuesta sólo a órdenes verbales</b>	<b>Orden</b> 	<b>3</b>
	<b>Rápida respuesta a luz o al sonido</b>		<b>4</b>
	<b>Lenta respuesta a luz o al sonido</b>		<b>5</b>
	<b>No hay respuesta</b>		<b>6</b>

## ESCALA DE SILVERMAN

La escala de Silverman (William Silverman y Dorothy Andersen 1956) es muy utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distrés Respiratorio. 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 cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole 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.

SIGNOS	Puntuación		
	0	1	2
Movimientos toracoabdominales	Rítmicos 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

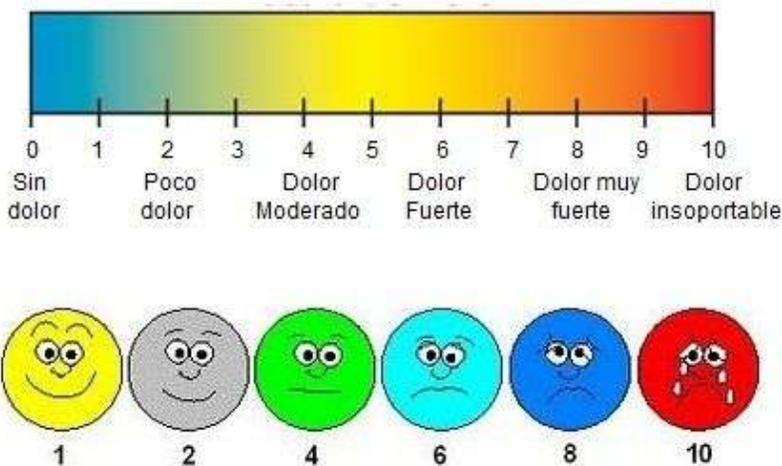
Dr. Alex Velasco




## ESCALA DE SILVERMAN ANDERSON

## ESCALA DE EVA

### Escalas de dolor



La Escala Visual Analógica (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. 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

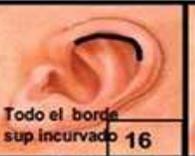
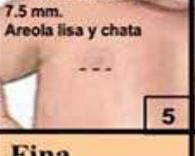
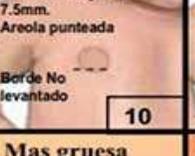
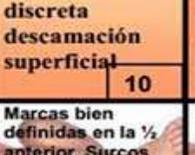
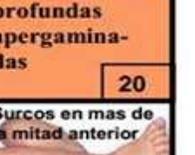
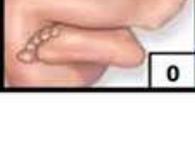
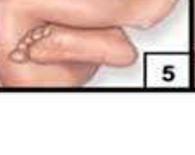
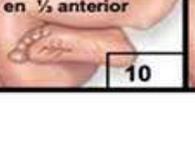
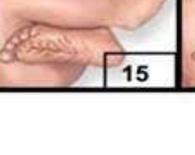
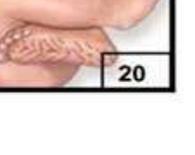
## ESCALA DE CAPURRO

En neonatología, la valoración o 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 dan la estimación 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 de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de  $\pm 8,4$  días cuando es realizado por un explorador entrenado.

### ECUACION DE LA ESCALA CAPURRO

Edad gestacional = Constante K (200) + puntos / 7

<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	
<b>Formación del PEZON</b>	 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	
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 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 apegaminadas 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	 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 DE APGAR

SIGNO	Puntuación		
	0	1	2
<b>A</b> Apariencia/color	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
<b>P</b> Pulso/FC	Ausente	<100 por min.	>100 por min
<b>G</b> Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
<b>A</b> Actividad/tono muscular	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
<b>R</b> Respiración/esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso
<b>Normal 7 - 10</b>	<b>Asfixia</b>	Leve <b>6-7</b>	Valorar a 1 min. y 5 min.
		Moderada <b>4-6</b>	Valorar al 1, 5, 15, 20 min. (extendido)
		Severa <b>&lt;4</b>	

Dr. Alex Velasco




# ESCALA DE APGAR

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. Un bebé que obtiene una puntuación de 7 o superior en la Prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud. El hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo. Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento médico inmediato, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarlo a respirar

## ESCALA DE CRICHTON

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 Crichton para valorar el riesgo de caída. 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.

## ESCALA DE BRADEN

la escala de Valoración de Braden, cuya finalidad es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados. Esta escala se emplea cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP (úlceras por presión) en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial, como se describe en el cuadro inferior.

Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, catalogaremos el riesgo en función de la siguiente clasificación:

- Riesgo Bajo: 15 puntos o más
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos

<b>Escala de Braden</b>					
<b>Percepción Sensorial</b>	<b>Exposición a la humedad</b>	<b>Actividad</b>	<b>Movilidad</b>	<b>Nutrición</b>	<b>Roce y Peligro de Lesiones</b>
1. Completamente limitada	1. Constantemente limitada	1. Encamado/a	1. Completamente inmóvil	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**



## ESCALA DE CINCINNATI

### Ataque Cerebral - ACV

La escala de Cincinnati es una herramienta para una rápida evaluación de un paciente en el que sospechamos de un Ataque Cerebral o Accidente Cerebro Vascular

#### FAST PRISA

<b>PRonuncie su nombre</b>  <p>Evaluación del habla: el paciente tiene que decir una frase, como su nombre completo. Normal: uso de palabras correctas. Anormal: las palabras no son claras, correctas, o es incapaz hablar.</p>	<b>Intente Sonreír</b>  <p>Asimetría facial: se le dice al paciente que muestre los dientes o sonría. Normal: mantiene la simetría Anormal: no mueve un lado de cara</p>	<b>Alce Ambos brazos</b>  <p>Movimientos de los brazos: se le dice al paciente que cierre los ojos y alce los brazos durante 10". Normal: brazos se mantienen en la misma posición Anormal: un brazo no se mueve o no existe simetría</p>
--	--	--

### Ataque Cardíaco

Señales tempranas de un posible Ataque Cardíaco

#### RAPIDO

<b>¿Respira con normalidad?</b> 	<b>¿Presión en el pecho? ¿Irradiación del dolor a cuello y brazos?</b> 	<b>¿Debilidad, mareos, pérdida de conocimiento?</b> 
--	---	---

**¿VÍCTIMA INCONSCIENTE?**

<b>1</b>  <b>PIDA AYUDA</b> DE INMEDIATO "LLAMA AL SER PRESTADO DE SALUD"	<b>2</b>  <b>COMPRIMA</b> COMPRIMA FUERTE Y RÁPIDO EN EL CENTRO DEL PECHO DURANTE 10 SEGUNDOS DE CADA 1 A 2 COMPRIMIENTOS	<b>3</b>  <b>USE EL DEA</b> ENCUENTRA EL DEEA ENCUENTRA EN LA PARED ENCUENTRA EN LA CINTURA ENCUENTRA EN EL BOLSILLO ENCUENTRA EN EL COBRIÓN
---	---	---



la Escala Cincinnati, 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. Las consecuencias de esta enfermedad pueden ser devastadoras, así que identificar las señales a tiempo nos da la posibilidad de llamar de inmediato a emergencias reduciendo el riesgo y las posibles secuelas del paciente. 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. El código ICTUS Es un protocolo de atención sanitaria basado en la identificación temprana de los síntomas y signos del Ictus. Esto va a permitir que se traslade lo antes posible al paciente a la Unidad de Ictus de un centro hospitalario para su atención inmediata.