



Mi Universidad

Investigación

Nombre del Alumno: Jorge Peralta Vázquez

Nombre del tema: Escala de Valoración

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales

Nombre del profesor: Enf. Juana Inés Hernández López

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura En Enfermería

Cuatrimestre: Noveno Cuatrimestre

ESCALA DE SILVERMAN ANDERSON

es muy utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el **síndrome de distrés Respiratorio**. Esta afección es muy frecuente en prematuros y grandes prematuros después del parto. El diagnóstico precoz es fundamental para instaurar las medidas oportunas y pertinentes para evitar este problema y otras complicaciones que pueden derivarse de un patrón respiratorio ineficaz.

Test de Silverman - Anderson



¿QUÉ ES?

Es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido.

¿Para qué sirve?

Sirve para valorar el esfuerzo respiratorio, es de gran valor pronóstico y se basa solo en signos respiratorios.

@Apuntes.enfermería.rs

Parámetros



SIGNO	0	1	2
Elevación del tórax y el abdomen	Sincronizados	Poca elevación en inspiración	Disbalance toraco - abdominal
Tiraje intercostal	No existe	Apenas visible	Marcado
Retracción xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcado
Aleteo nasal	Ausente	Minimo	Marcado
Quejido	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	PRONÓSTICO
0	No dificultad respiratoria	Excelente
1 - 4	Ausente o leve	Satisfactorio
5 - 7	Moderada	Grave
8 - 10	Severa	Muy grave



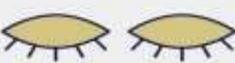
ESCALA DE RAMSAY

La sedación de los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es muy habitual, según algunos estudios, entre un 42-72% de los pacientes ingresados en estas unidades requieren sedación en algún momento.

Esta escala fue desarrollada en 1974 por el médico Michael Ramsey como parte de un estudio sobre el efecto de anestesia sobre el efecto de un analgésico tiroideo. es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes y una de más utilizadas.

Niveles de valoración

- Despierto, ansioso y agitado
- Despierto, cooperativo orientado y tranquilo
- Dormido con respuesta a ordenes
- Soñoliento con breves respuesta a la luz y al sonido
- Dormido con solo respuesta al dolor

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 APGAR

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1º minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido en puntuación baja al minuto los 5 minutos obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución.

Cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test.

CRITERIO	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
Color de la Piel	Todo azul	Extremidades azules	Normal
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menos de 100lpm	Más de 100 lpm
Relejos	Sin respuesta a estímulos	Mueca/ llanto débil al ser estimulado	Estornudos/tos/ pataleo al ser estimulado
Tono muscular	Ninguna	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Débil o irregular	Fuerte



Depresión Severa	0-3
Depresión Moderada	4-6
Excelente condición	7-10

ESCALA

DE

BRADEN

La utilidad fundamental de esta escala de úlceras es la prevención de su aparición. Además, es útil también para mejorar sus cuidados, no actúa solo de forma sobria la piel, sino también modifica los factores de riesgo que han conducido a esta situación.

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

©Creative_Nurse

1

2

3

4

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sensación - No reacción ante dolor - Capacidad sensitiva	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos No reconoce molestias Déficit sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre reconoce molestias Algunas dificultades sensoriales	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG	Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
RIESGOS	Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	Se mueve en la cama y en la silla con independencia	



ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

ESCALA DE EVA

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. La cuantificación del dolor es una parte indispensable de la práctica clínica, que nos permite tanto establecer la intensidad del dolor y sus características, como valorar la respuesta al frotamiento analgésico. Por ella disponemos de herramientas, que en general se clasifican en 3 grandes grupos:

- 1- Métodos fisiológicos.
- 2- Métodos conductuales.
- 3- Métodos de autoevaluación

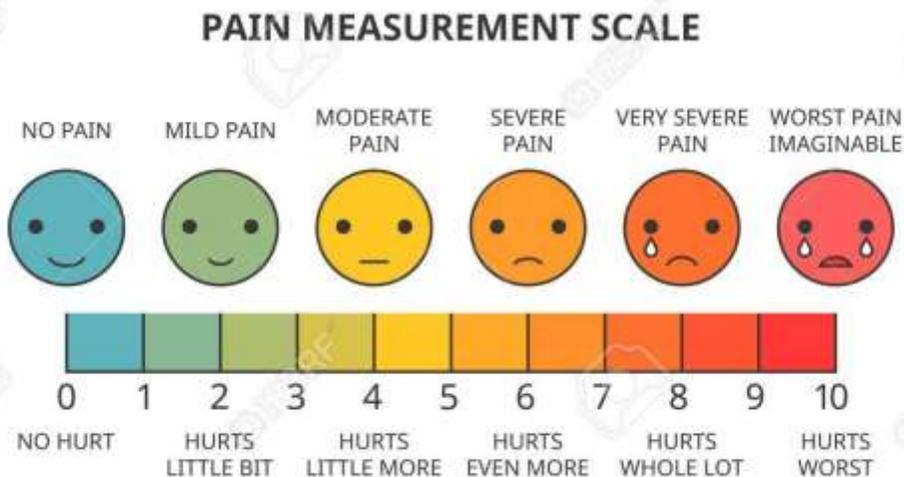
Unidimensionales (Sola cuantifican el dolor)

•Escala verbal o descriptiva simple: El paciente expresa la intensidad del dolor utilizando términos habitualmente en número de 5 a7, que indican una intensidad de dolor comprendida entre "sin dolor" 4 dolor insoportable"

Escala Numérica: El paciente debe asignar al dolor un número entre 0 y 10 (n=10 o 100). Es frecuente que se cualifiquen los valores extremos con terminas que pueden ser muy variables. La desventaja de este método es que la valoración se morca dentro de subdivisiones predefinidos.

Escala Visual Analógica (EVA): El paciente estima la intensidad del dolor trozando una marca o señal en un segmento de 10cm. Es frecuente que en los extremos del segmento estén cualificados con términos variables. Se puede registrar el punto indicado por el paciente como un número que se encuentra anotado en el reverso.

Escola de Caras de Wong-Baker: Utilizada en niños a partir de 3 años muestra 5 caras diferentes la primera indica "sin dolor" y la quinta que llora indica el peor dolor posible



ESCALA CRICHTON

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

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

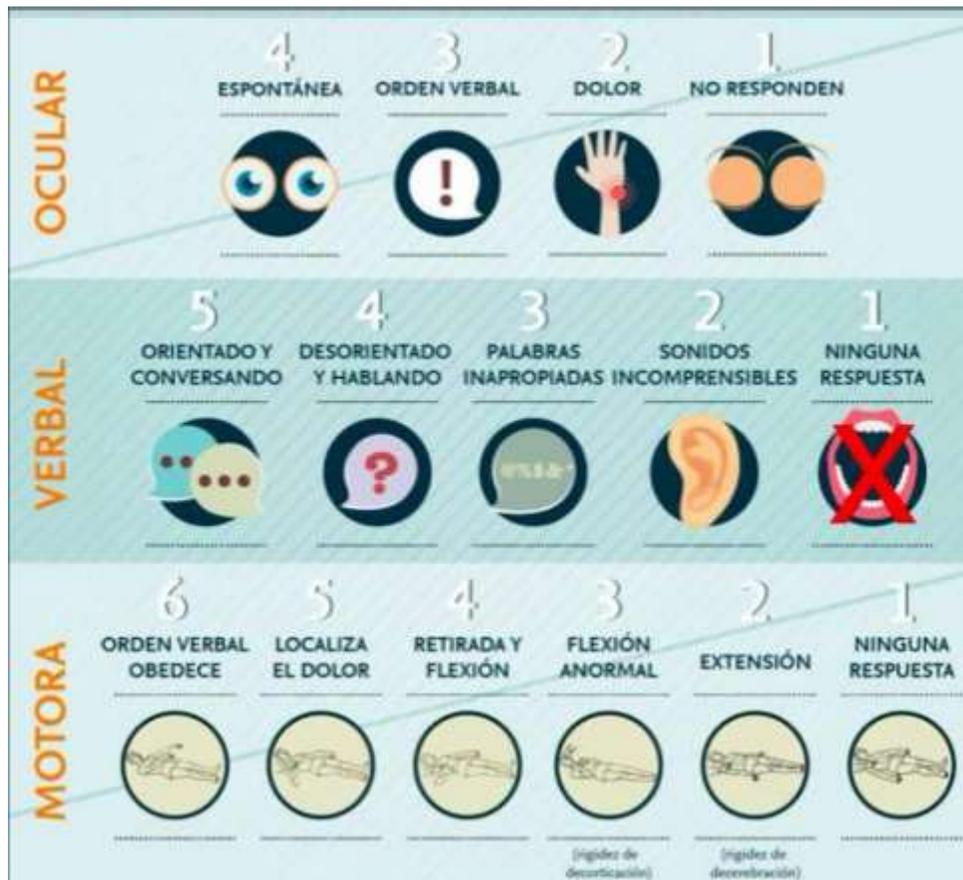
DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

ESCALA DE 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. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta.

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.



Puntuación

14-15

9-13

3-8

Gravedad

LEVE

MODERADO

GRAVE

ESCALA CINCINNATI

Es una herramienta para una rápida evaluación de un paciente en el que sospechamos de un Accidente Vascular Cerebral o ataque cerebral.

Está basada en una simplificación de la escala para ictus del National Institutes of Health (NIHSS) y tiene por objeto identificar pacientes con ictus que puedan ser candidatos a recibir trombolisis. La evaluación de 3 sencillos puntos que nos ayudaran de manera significativa a predecir si estamos ante un caso de accidente vascular cerebral y evaluaremos: Asimetría facial, Derivación de los brazos y Lenguaje anormal de la siguiente manera:

Asimetría facial (haga que el paciente muestre los dientes o sonría):

- Normal: Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica
- Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro

Descenso del brazo (el paciente cierra los ojos y mantiene ambos brazos extendidos, con las palmas de las manos hacia arriba, durante 10 segundos):

- Normal: Ambos brazos se mueven igual, o no se mueven (otros hallazgos, como prensión de manos en pronación, pueden ser útiles)
- Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro

Lenguaje anormal

- Normal: El paciente utiliza las palabras correctas, sin arrastrarlas
- Anormal: El paciente arrastra las palabras, utiliza palabras equivocadas o no puede hablar

Interpretación: Si 1 de estos 3 signos es anormal, la probabilidad de ataque cerebral es del 72%, en cambio si 2 de estos 3 signos es anormal, las probabilidades se elevan hasta un 85%.

Escala Cincinnati



1

Parálisis Facial



2

Caida/Debilidad de
extremidad superior



3

Alteración en
el habla

La evolución de un accidente vascular cerebral puede ser en horas en el caso de ser isquémico o en minutos tratándose de un hemorrágico, por lo cual nos es muy útil saber aplicar esta evaluación.