

Mi Universidad

Investigación

Nombre del Alumno: Jacqueline Damián Damián

Nombre del tema: Anatomía General(Investigación)

Parcial: 1

Nombre de la Materia: Practicas Profesionales

Nombre del profesor: Juana Inés Hernández López

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 9no

MEDICIÓN DE SIGNOS NEUROLÓGICOS (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.

Respuesta ocular	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación: 15
Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo

ESCALA DE SEDACIÓN 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

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.

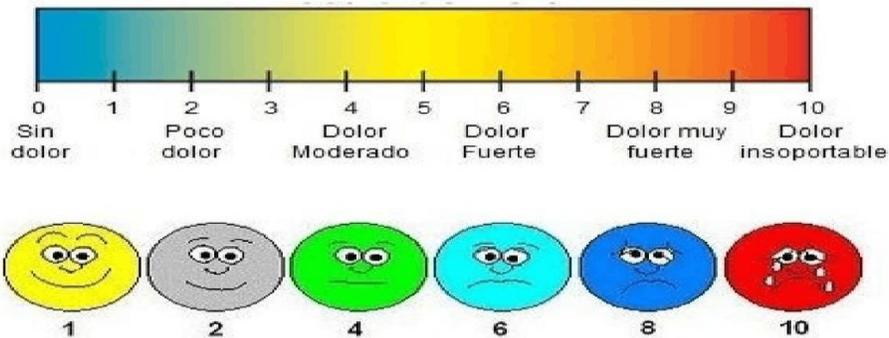
- **Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.**
- **Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.**
- **Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.**

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

Escala de Eva

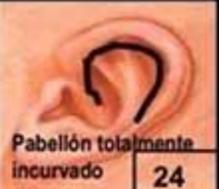
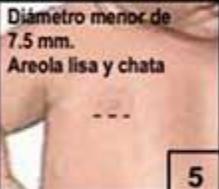
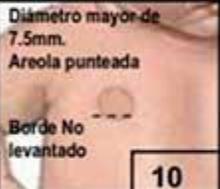
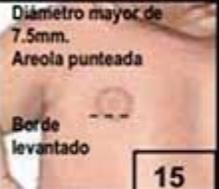
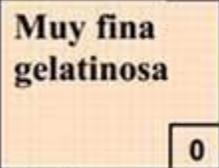
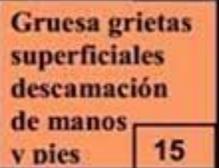
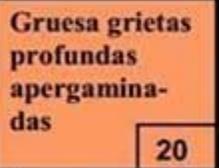
Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente. Se puede usar para elegir la dosis correcta de un analgésico. También se llama escala visual analógica.

Escalas de dolor



Test de Capurro

El Test de Capurro es una herramienta usada en neonatología para determinar la edad gestacional de un recién nacido. Este test se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros de carácter fisiológico, que por medio de diferentes puntuaciones permite estimar el tiempo buscado.

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanaada, 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 7.5mm. Areola punteada Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5mm. 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 1/3 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

Evaluación Apgar

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento.

La prueba de Apgar la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El proveedor examina en el bebé:

- **Esfuerzo respiratorio**
- **Frecuencia cardíaca**
- **Tono muscular**
- **Reflejos**
- **Color de la piel**

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

Escala Chichon

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 nos sirve para poder hacer una correcta valoración del riesgo de úlceras por presión y tomar las medidas necesarias para planificar y llevar a cabo un tratamiento. Según la suma de los puntos el riesgo de úlcera por presión será: - Bajo si el resultado está entre 23 – 20 puntos.

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

- o Índice < 12 → Riesgo alto
- o Índice 13-15 → Riesgo medio
- o Índice 16-18 → Riesgo bajo
- o Índice > 19 → Sin riesgo

Escala Cincinnati

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.

Tabla 2. CINCINNATTI PREHOSPITAL STROKE SCALE. Escala de Cincinnatti.

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.

Referencias

<https://revistamedica.com/escalas-valoracion-ictus/> <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>

<https://www.google.com/search?q=Crichton+escala+de+valoracion&oq=Crichton+escala+de+valoracion&aqs=chrome..69i57j0i22i30l2.14023j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf> <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>