



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**LIC. EN ENFERMERÍA**

**TEMA: INVESTIGACIÓN DE ESCALAS**

**ALUMNO: JOSE ALFREDO JIMENEZ MARTÍNEZ**

**GRADO: 9**

**GRUPO: D**

**MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES**

**DOCENTE: JUANA INÉS HERNÁNDEZ LÓPEZ.**

**VILLAHERMOSA, TABASCO A 28 DE MAYO DEL 2022.**

## ESCALAS GLASGOW

Definición: Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas. Es una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La valoración de Glasgow se compone de 3 subescalas que califican de manera individual 3 aspectos de la consciencia: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora; el puntaje se da con base en la mejor respuesta obtenida de cada uno de estos rubros

### Escala de Glasgow

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

15 Valor máximo  
3 Valor mínimo

@enfermeroempollon

#### Respuesta ocular

Esontánea	Orden Verbal	Al dolor	Sin respuesta
			
4	3	2	1

#### Respuesta verbal

Orientado	Desorientado	Palabras inapropiadas	Sonidos Incomprensibles	Sin respuesta
				
5	4	3	2	1

#### Respuesta motora

Orden verbal	Localiza el dolor	Flexión/ retirada	Flexión anormal	Extensión	Sin respuesta
					
6	5	4	3	2	1

## ESCALA DE SILVERMAN

La escala de Silverman (William Silverman y Dorithy Andersen 1956) 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. es un sistema que permite mediante la evaluación de 5 parámetros clínicos, determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (DR).

Enfermería Neonatal

## ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSON

	DISOCIACIÓN TORACOABDOMINAL	RETRACCIONES INTERCOSTALES	RETRACCIÓN SUBXIFOÍDICA	ALETEO NASAL	QUEJIDO ESPIRATORIO
0 PUNTO					
1 PUNTO	SINCRONIZADO	SIN RETRACCIÓN	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO
2 PUNTO					
3 PUNTO	EN INSPIRACIÓN	SÓLO VISIBLE	SÓLO VISIBLE	MINIMO	SÓLO POR ESTETOSCÓPIO
4 PUNTO					
5 PUNTO	SIEMPRE VISIBLE	MARCADO	MARCADO	MARCADO	AUDIBLE AL OÍDO

**INTERPRETACIÓN**

0 puntos sin dificultad respiratoria  
 De 1 a 3 puntos dificultad respiratoria leve  
 De 4 a 6 puntos dificultad respiratoria moderada  
 De 7 a 10 puntos dificultad respiratoria severa

Enfermería Neonatal

### 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. s un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad

Valoración del estado de sedación del paciente

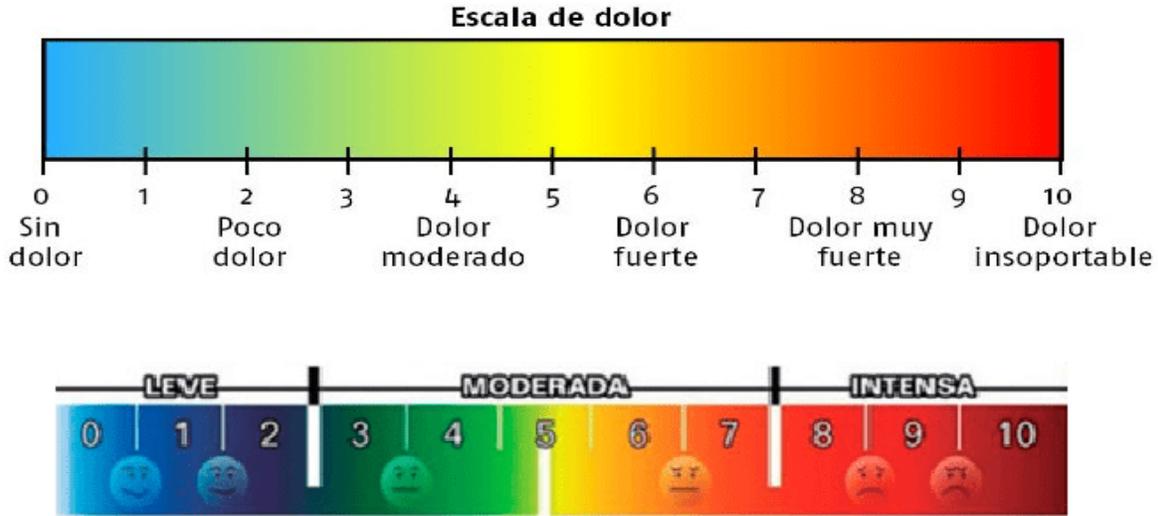
## ESCALA DE RAMSAY

@Creative\_Nurse

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 EVA

La escala análoga visual o escala visual análoga es una escala de respuesta psicométrica que puede ser usada en cuestionarios. Es un instrumento de medición de características o actitudes subjetivas que no se pueden medir directamente. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

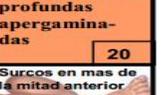


**Escala Visual Analógica ▶ EVA**

## ESCALA DE CAPURRO

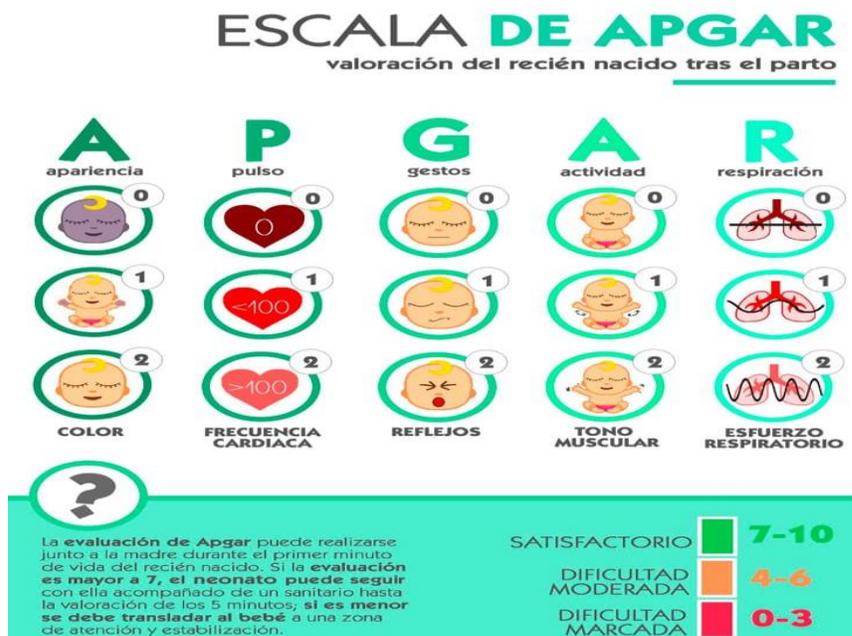
En neonatología, el test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que, combinadas entre sí, dan la estimación buscada.

- ❖ Cabeza caída hacia atrás completamente – Ángulo  $>270^\circ$  (0 Puntos)
- ❖ Cabeza caída con Ángulo entre  $180^\circ$  y  $270^\circ$  ( 4 Puntos)
- ❖ Cabeza caída con Ángulo de  $180^\circ$  (8 Puntos)
- ❖ Cabeza caída con Ángulo  $< 180^\circ$  (12 Puntos)

<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup 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

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé 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.



## ESCALA DE CRICHTON

Escala de comportamiento de Crichton 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. 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

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. 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

**ESCALA DE BRADEN**  
PUNTUACIÓN

	1	2	3	4
<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> 	<b>COMPLETAMENTE LIMITADA.</b> No responde a estímulos dolorosos, por nivel de conciencia disminuido.	<b>MUY LIMITADA.</b> Responde solo a estímulos dolorosos.	<b>LEVEMENTE LIMITADA.</b> Responde a estímulos verbales.	<b>NO ALTERADA.</b>
<b>HUMEDAD</b> 	<b>CONSTANTEMENTE HUMEDA.</b> La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina, o líquidos corporales.	<b>MUY HUMEDA.</b> La piel está frecuentemente húmeda, los odores deben controlarse por lo menos una vez por turno (cada 8 horas).	<b>OCASIONALMENTE HUMEDA.</b> La piel está ocasionalmente húmeda.	<b>BASTA VEZ HUMEDA.</b> La piel está raramente seca.
<b>ACTIVIDAD</b> 	<b>EN CAMA.</b>	<b>EN SILLA.</b>	<b>CAMINA OCASIONALMENTE.</b>	<b>CAMINA CON FRECUENCIA.</b>
<b>MOVILIDAD</b> 	<b>COMPLETAMENTE SIN MOVILIDAD.</b>	<b>MOVILIDAD MUY LIMITADA.</b>	<b>MOVILIDAD LEVEMENTE LIMITADA.</b>	<b>MOVILIDAD SIN LIMITACIONES.</b>
<b>NUTRICIÓN</b> 	<b>15% MUY POBRE.</b> Mucha carne sin comida completa, 1/3 de la comida es carne, una dieta líquida. Dos porciones o menos de proteínas por día.	<b>25% PROBABLEMENTE INADECUADA.</b> Poca carne sin comida completa, 1/2 de la comida es carne.	<b>50% ADECUADA.</b> Carne más de la 1/2 de la mayoría de las comidas. Cuatro porciones de proteínas por día.	<b>75% EXCELENTE.</b> Carne la mayoría de todas las comidas. Cuatro o más porciones de proteínas por día.
<b>FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO</b> 	<b>7 PUNTO</b> <b>ES UN PROBLEMA.</b> Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla, requiriendo constantes correcciones de posición.	<b>2 PUNTOS</b> <b>ES UN PROBLEMA POTENCIAL.</b> Ocasionalmente se desliza hacia abajo, requiriendo buena posición en silla o en cama.	<b>3 PUNTOS</b> <b>SIN PROBLEMA APARENTE.</b> Posición suficiente. Cuidado manual para asegurarse completamente durante el movimiento.	
<b>Puntuación total</b>	<b>ALTO RIESGO</b> =12 PUNTOS	<b>RIESGO MODERADO</b> 13-14 PUNTOS	<b>RIESGO BAJO</b> 15-18 PUNTOS (MÁS DE 15 PUNTOS) 19-23 PUNTOS (MÁS DE 20 PUNTOS)	

## 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. 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. Es un sistema utilizado para diagnosticar un posible accidente cerebrovascular en un entorno prehospitalario. Prueba tres signos de hallazgos anormales que pueden indicar que el paciente está sufriendo un derrame cerebral.

# Detectar y consultar

Para identificar si una persona acaba de sufrir un infarto cerebral, pídale que:

## SEÑALES DE ALERTA



Si la persona tiene problemas para ejecutar cualquiera de estas órdenes, acuda de inmediato al centro de urgencia más cercano.

**4,5 horas**  
desde el infarto cerebral es el plazo para aplicar una trombólisis.

**1**

**Sonría.** La sonrisa debe ser simétrica.



**2**

**Alce los brazos** juntos con los ojos cerrados. Ambos deben subir.



**3**

**Diga su nombre** o pronuncie una frase simple, pero coherente.



Fuente: Consorcio Americano Global de Alzheimer

© 2015/2016