



# Mi Universidad

*Nombre del Alumno: Liri Yanet lopez Pérez*

*Nombre del tema: Escalas*

*Nombre de la Materia: Practicas profesionales*

*Nombre del profesor: Juana Inés hdez lopez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 9no*

## Escala de Glasgow

La escala de Coma de Glasgow es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de consciencia de los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE) durante las primeras 24 horas pos trauma.

A cada uno se le asigna un valor dependiendo de la respuesta del paciente, los resultados se suman al final para realizar la interpretación. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 (1+1+1), y el más alto de 15 (4+5+6).

### ‘Apertura ocular’

- Espontánea: 4
- Estímulo verbal (al pedirselo): 3
- Al dolor: 2
- No responde: 1

### ‘Respuesta verbal’

- Orientado: 5
- Desorientado: 4
- Palabras inapropiadas: 3
- Sonidos incomprensibles: 2
- No responde: 1

### ‘Respuesta motora’

- Cumple Ordenes Expresadas por voz: 6
- Localiza el estímulo doloroso: 5
- Restira ante estímulo doloroso: 4
- Respuesta en Flexión: 3
- Respuesta en extensión: 2
- No responde: 1

Variáveis		Escore
<b>Abertura ocular</b>	Esontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompresivas	2
	Nenhuma	1
<b>Reposta motora</b>	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

Total máximo	Total mínimo
15	3

### **INTERPRETACIÓN**

De acuerdo con la puntuación obtenida, a los pacientes se los clasifica como:

- TCE leve: 14-15
- TCE moderado: 9-13
- TCE severo: igual o menos de 8, de mal pronóstico, requiere: intubación y reanimación inmediata.

## Escala de Ramsay

La **Escala de Ramsay** es una herramienta subjetiva que sirve para medir el nivel de sedación al que se puede someter a un paciente.

La **sedación** es una técnica muy empleada en diferentes intervenciones médicas, por lo que su uso está muy extendido.

Esto hace que sea necesario establecer protocolos como la Escala de Ramsay para determinar cuándo aplicarla y en qué grado.

1. Despierto, ansioso y agitado
2. Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
3. Dormido con respuesta a órdenes
4. Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
5. Dormido con respuesta sólo al dolor
6. Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos

Valoración del estado de sedación del paciente	
<b>ESCALA DE RAMSAY</b>	
@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 Silverma

**El Test de Silverman- Anderson evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido**, A 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**.

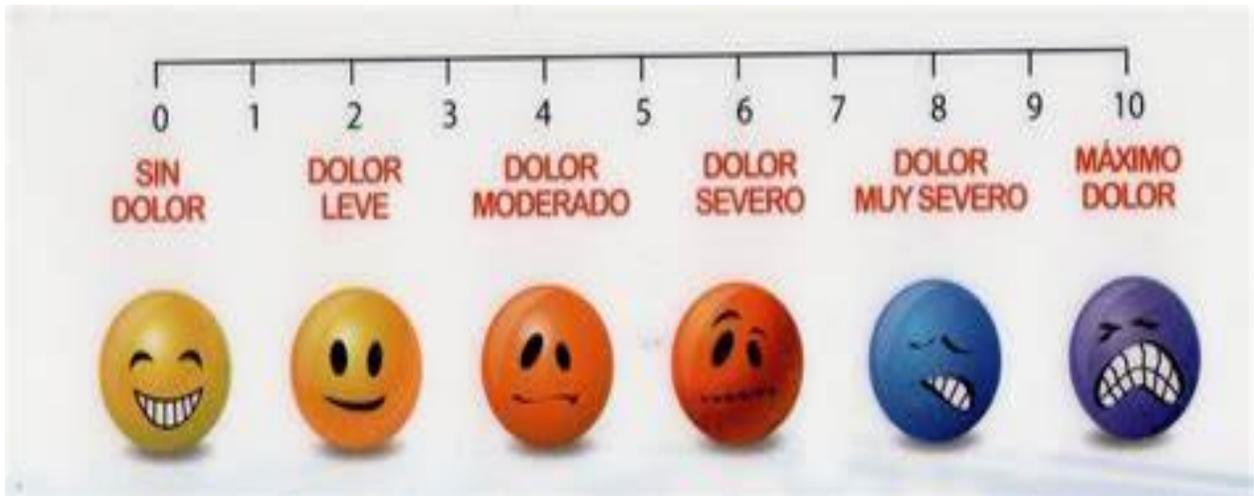
Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado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

## Escala de Eva

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).

¿Cómo se emplea a escala de EVA?

La verdad es que es muy sencilla de utilizar. 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.



# 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.

Signos Somáticos de CAPURRO:

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

A cada uno de los parámetros se les asigna una puntuación del siguiente modo:

## Forma de la oreja (Pabellón)

- Aplanada, sin incurvación (0 puntos)
- Borde superior parcialmente incurvado (8 Puntos)
- Borde superior totalmente incurvado (16 Puntos)
- Pabellón totalmente incurvado (24 puntos)

## Tamaño de la glándula mamaria

- No palpable (0 Puntos)
- Palpable menor de 5mm (5 Puntos)
- Palpable entre 5 y 10mm (10 Puntos)
- Palpable mayor de 10mm (15 Puntos)

## Formación del pezón

- Apenas visible sin areola (0 Puntos)
- Diámetro menor de 7.5mm, areola lisa y chata (5 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde no levantado (10 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde levantado (15 Puntos)

## Textura de la piel

- Muy fina, gelatinosa (0 Puntos)
- Fina, lisa (5 Puntos)
- Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 Puntos)

- Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 Puntos)
- Gruesa, grietas profundas apergaminadas (20 Puntos)

### Pliegues plantares

- Sin pliegues (0 puntos)
- Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 Puntos)
- Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 Puntos)
- Surcos en mitad anterior (15 Puntos)
- Surcos en más de la mitad anterior (20 Puntos)

### Signos Neurológicos de CAPURRO:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

## METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

<b>Forma de la OREJA</b>					
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>					
<b>Formación del PEZON</b>					
<b>TEXTURA de la PIEL</b>					
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>					

Postmaduro	42 Semanas o más
A término	37 a 41 semanas
Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
Prematuro Extremo	< 32 semanas

Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7

**Dr. Alex Velasco**

## Escala de 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.

### Forma en que se realiza el examen

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

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color

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>Asfisia</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

## 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

### 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 Branden

## ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. Completamente limitada.	2. Muy limitada.	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejiéndose o estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. Constantemente húmeda	2. A menudo húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
Nivel de exposición de la piel a la humedad	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1. Encamado/a	2. En silla	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frecuentemente
Nivel de actividad física	Paciente constantemente encamado/a.	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN	1. Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
Patrón de ingesta de alimentos	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o	Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o	Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

## Escala de Cincinnati

**Tabla 2. CINCINNATTI PREHOSPITAL STROKE SCALE. Escala de Cincinnati.**

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

Si cualquier signo es anormal existe sospecha de Ictus.