



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERÍA

TEMA: INVESTIGACIÓN DE ESCALAS

ALUMNO: URIEL DE JESÚS MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

GRADO: 9

GRUPO: D

MATERIA: PRACTICAS PROFESIONALES

DOCENTE: JUANA INÉS HERNÁNDEZ LÓPEZ.

VILLAHERMOSA, TABASCO A 27 DE MAYO DEL 2022.

ESCALA DE GLASGOW

La escala de Glasgow (en inglés Glasgow como 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 escala de cómo 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. El puntaje más bajo es de 3 puntos, mientras que el valor más alto es de 15 puntos.



ESCALA DE RAMSAY

La escala de Ramsay, es una escala subjetiva utilizada para evaluar el grado de sedación en pacientes, con el fin de evitar la insuficiencia de la sedación (el paciente puede sentir dolor) o su exceso (poniéndolo en riesgo de muerte). Ha sido utilizada principalmente para evaluar los pacientes en unidad de cuidados intensivos. Esta escala incluye valores que van de 1 a 6, que se atribuye la observación de las respuestas al paciente después de la estimulación y puede ser:

Grado 2 Paciente colaborador, orientado y tranquilo.

Grado 3 Paciente dormido que obedece órdenes.

Grado 4 Paciente dormido, con respuesta a estímulos auditivos intensos.

Grado 5 Paciente dormido, con respuesta mínima a estímulos.

Grado 6 Paciente dormido, sin respuesta.



ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSON

En neonatología, la prueba de silverman y Anderson es 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. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada. El test de silverman y Anderson se usa en conjunto con otras pruebas que añaden otros parámetros, como la escala de Wood-Downes.

0 Puntos Sin dificultad respiratoria.

1 a 3 Puntos Con dificultad respiratoria leve.

4 a 6 Puntos Con dificultad respiratoria moderada.

7 a 10 Puntos Con dificultad respiratoria severa.

ESCALA DE SILVERMAN Y ANDERSON

Valora la función respiratoria del recién nacido basado en 5 criterios

SIGNOS	0 PUNTOS	1 PUNTO	2 PUNTOS
MOVIMIENTOS TRAZO ABDOMINAL	Sincronizado	Handimiento de tórax y abdomen	Discrepancia
TRASE INTERCOSTAL	Ausente	Apenas visible	Marcada
RETRACCION RIPIDIA	Sin retracción	Apenas visible	Marcada
ALIENTO NASAL	Ausente	Mínima	Marcada
QUEJIDO ESPIRATORIO	Ausente	Audible con otoscopia	Audible



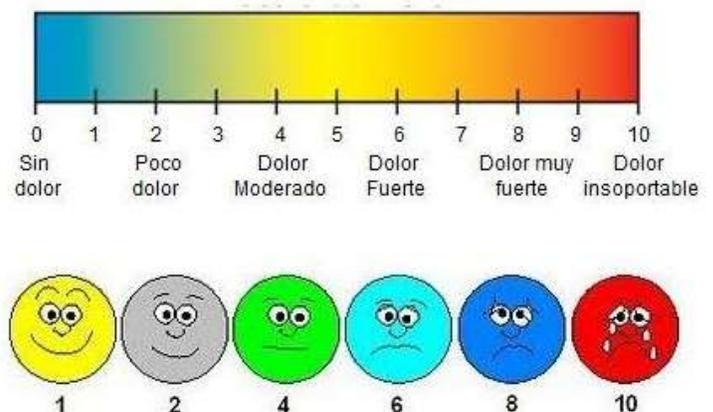
0 puntos: Sin dificultad respiratoria
1 a 3 puntos: Con dificultad respiratoria leve
4 a 6 puntos: Con dificultad respiratoria moderada
7 a 10 puntos: Con dificultad respiratoria severa



ESCALA DE EVA

La escala análoga visual o escala visual análoga (EVA) 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. Al responder a un ítem EVA, los encuestados especifican su nivel de acuerdo con una declaración indicando una posición a lo largo de una línea continua entre dos puntos finales. El EVA es a escala del dolor más común para cuantificar el dolor relacionado con la endometriosis y el dolor relacionado con el lugar donde se realiza un injerto de piel.

Escalas de dolor



TEST DE CAPURRO

En neonatología, el 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 entre sí, dan la estimación. La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional.

Postmaduro 42 semanas o más.

A término entre 37 y 41 semanas.

Prematuro leve entre 35 y 36 semanas.

Prematuro moderado entre 32 y 34 semana

Prematuro extremo menos de 32 semanas.

Rangos de edad gestacional

Por método de CAPURRO

V.E. Alexa Santiago



Postmaduro:	42 semanas o más.
A término:	Entre 37 y 41 semanas.
Prematuro leve:	Entre 35 y 36 semanas.
Prematuro moderado:	Entre 32 y 34 semanas.
Prematuro extremo:	Menos de 32 semanas.

Visita: yoaмоenfermeriablog.com



ESCALA DE APGAR

La escala 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 que tan bien tolero el bebé el proceso de nacimiento. 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 que determina que tan bien tolero el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica que tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

ESCALA DE APGAR

valoración del recién nacido tras el parto



?

La evaluación de Apgar puede realizarse junto a la madre durante el primer minuto de vida del recién nacido. Si la evaluación es mayor a 7, el neonato puede seguir con esto acompañado de su mamá hasta la valoración de los 5 minutos; si es menor se debe trasladar al bebé a una zona de atención y estabilización.

SATISFACTORIO 7-10
DIFICULTAD MODERADA 4-6
DIFICULTAD MARCADA 0-3

© 2012, Asociación Española de Neonatología

LA ESCALA DE CRICHTON

Escala de funcionalidad de crichton. Empleados en población adulta. 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. Su objetivo es adaptar y validar un instrumento de valoración de caídas en el paciente pediátrico hospitalizado.

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

LA ESCALA DE BRADEN

Escala de braden evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem es fricción y cizallamiento solo puntúa de 1 a 3). Por lo tanto, una puntuación inferior a 12 puntos será considerada como de alto riesgo de aparición de UPP. Entre los 13-14 puntos del riesgo ser moderado. La escala de braden consta de seis subescalas: 1. Percepción sensorial, 2. Exposición de la piel a la humedad, 3. Actividad física, 4. Movilidad, 5. Nutrición, 6. Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento.).

Escala de Braden
para la predicción del riesgo de úlceras por presión

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADA No puede responder a estímulos dolorosos.	MUY LIMITADA Puede responder a estímulos dolorosos.	LIBERAMENTE LIMITADA Puede responder a estímulos dolorosos.	SIN LIMITACIONES
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	CONSTANTEMENTE HÚMEDA La piel está constantemente húmeda.	A MENUDO HÚMEDA La piel está húmeda a menudo.	OCASIONALMENTE HÚMEDA La piel está húmeda ocasionalmente.	RARAMENTE HÚMEDA La piel está húmeda raramente.
ACTIVIDAD	EN CAMA	EN SILLA	OCASIONALMENTE EN PIE	OCASIONALMENTE EN PIE
MUVILIDAD	COMPLETAMENTE INMÓVIL	MUY LIMITADA	LIBERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES
NUTRICIÓN	MUY BUENA	PROBABLEMENTE INADECUADA	BUENA	EXCELENTE
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	PROBLEMA	PROBLEMA POTENCIAL	SIN PROBLEMA APARENTE	SIN PROBLEMA APARENTE

REALIZA ESTA EVALUACIÓN PARA SABER EL RIESGO DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO < 12 PUNTOS MODERADO 13-14 PUNTOS BAJO 15-25 PUNTOS

LA ESCALA DE CINCINNATI

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 basada 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 Ictus de un centro hospitalario para su atención inmediata.

Escala de Cincinnati

para evaluación de probable **EVC** en el medio prehospitalario

- 1**
Desviación de la comisura labial
- 2**
Debilidad de extremidad superior
- 3**
Alteración en el habla

Spotlight: Si tan solo **uno** de estos es positivo, existe el **72%** de probabilidad de que se trate de un EVC. Se debe de llamar inmediatamente a emergencias, ya que de confirmar el diagnóstico, el tx consiste en administración de **rIPA** (si no está contraindicado) en las primeras **4,5 horas**