



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

PRACTICAS PROFESIONALES

NOMBRE DEL DOCENTE:

LIC. JUANA INES LOPEZ HERNANDEZ

TRABAJO:

ESCALAS

NOMBRE DEL ALUMNO:

CARLOS FRANCISCO JIMENEZ OSORIO

GRADO: 9° CUATRIMESTRE

GRUPO: " D "

ESCALA DE GLASGOW

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. Han de evitarse términos ambiguos como estuporoso, somnoliento, inconsciente o comatoso, que son subjetivos y no permiten tener la certeza del curso clínico del paciente. Por ello se ha universalizado el empleo de la GCS. 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 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. Debe desglosarse en cada apartado, y siempre se puntuará la mejor respuesta. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

ESCALA RAMSAY

Esta escala fue desarrollada en 1974 por el médico Michael Ramsey, como parte de un estudio sobre el efecto de un anestésico esteroide. Es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes y una de las más utilizadas. Su empleo se asocia la disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia en UCI. Valora 6 niveles de sedación que son: 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

ESCALA SILVERMAN

Es muy utilizada 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. Esta escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también. Los parámetros son los siguientes: 1. Movimientos toracoabdominales 2. Traje intercostal 3. Retracción xifoidea 4. Aleteo nasal 5. Quejido respiratorio

ESCALA EVA

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que

indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. La valoración será: 1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3. 2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7. 3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

ESCALA 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. Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación: A y B: Capurro a: En recién nacido o cuando el niño tiene signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica se usan las cinco observaciones somáticas, se agrega una constante (K) de 204 días para obtener la edad de la gestación y toda esta valoración se lleva de cinco a seis minutos. Capurro b: Cuando el niño está sano y tiene ya más de 12 horas de nacido, se emplean sólo los datos somáticos (físicos), luego se suman las calificaciones obtenidas de los datos somáticos, adicionando una constante (K) de 200 días, con objeto de obtener la estimación de la edad de gestación.

ESCALA 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. 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. • 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. • 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. • 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. • 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. • 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.

ESCALA CRICHTON

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. 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.

ESCALA BRANDEN La utilidad fundamental de esta escala de úlceras por presión es la prevención de su aparición. Además, es útil también para mejorar sus cuidados, actuando no solo de forma local sobre la piel, sino también modificando los factores de riesgo que han conducido a esta situación. La finalidad es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados. -Riesgo Bajo: 15 puntos o más -Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos - Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos

ESCALA CINCINNATI

La escala de Cincinnati es una herramienta para una rápida evaluación de un paciente en el que sufre un Accidente Vascular Cerebral o ataque cerebral. Las evaluaciones son las siguientes: 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%. 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.