



Mi Universidad

PRÁCTICAS PROFESIONALES

Daniela Mildred Ramos Aquino

9no D

Docente. Lic. Enf. Juana Inés Hernández López

UNIDAD I ANATOMÍA GENERAL

Escala Glasgow

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. Su propósito es alertar al personal médico y de Enfermería ante alguna alteración neurológica del paciente. Proporciona un lenguaje común y objetivo para mejorar la comunicación en el reporte de los resultados conseguidos. Actualmente, es el parámetro más usado tanto en el ámbito hospitalario como en el campo prehospitalario.

La Escala de Coma 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 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.

Una vez hemos realizado el examen neurológico podremos establecer una categoría para el grado de gravedad del traumatismo. A partir de aquí el profesional podrá definir un pronóstico inicial y, lo más importante, marcar los pasos de actuación diagnóstica y terapéutica siguientes.

Escala 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.

Cualquier profesional médico que se encargue de administrar sedación debe recurrir a algún instrumento de monitorización.

Esto se debe a la necesidad de estar atento al nivel de sedación que tiene el paciente para evitar complicaciones a lo largo del procedimiento al que se está sometiendo.

Una dosis demasiado elevada puede poner en peligro la vida de la persona, mientras que aplicarla por debajo del nivel adecuado causaría dolor intenso.

La Escala de Ramsay se utiliza cuando un paciente se somete a la sedación consciente.

Escala 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. 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.

PARÁMETROS DE LA ESCALA DE SILVERMAN

La escala de Silverman es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también.

Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.

Los parámetros clínicos que evaluar son los siguientes:

MOVIMIENTOS TORACOAMDOMINALES

Los movimientos toraco- abdominales van acompañados de una expansión torácica y abdominal durante la inspiración y una depresión en la fase espiratoria, lo normal es que sea un movimiento rítmico y armónico, cuando esto sucede se asigna una puntuación de 0.

Si el tórax permanece inmóvil y solo hay movimientos abdominales se asigna una puntuación de 1(respiración abdominal)

Si los movimientos toraco-abdominales no son armónicos y coherentes (el tórax se contrae mientras el abdomen se distiende y viceversa) se asigna una puntuación de 2, es lo que se conoce como disociación torácico abdominal

TIRAJE INTERCOSTAL

Se debe a la presencia de unas arrugas o pliegues entre las costillas debido la intervención de los músculos intercostales para ayudar a respirar, en condiciones normales estos músculos no intervienen.

Si no hay presencia de dichos pliegues durante la respiración se le asigna un 0. Cuando la dificultad respiratoria es leve, el tiraje intercostal es apenas visible, aunque está presente. En estos casos se le asigna una puntuación de 1. Cuando el tiraje intercostal está muy marcado y es fácilmente visible se la asigna un 2.

RETRACCIÓN XIFOIDEA

En condiciones normales esta estructura ósea no presenta movimiento alguno durante la respiración o es imperceptible, así pues, la puntuación sería de 0. Si el apéndice se ve marcado levemente se le daría la puntuación de 1, y si el movimiento es acentuado y muy marcado la puntuación sería de 2.

ALETEO NASAL

El aleteo nasal sucede cuando las fosas nasales tienen que abrirse más de lo normal porque no llega el suficiente aire a los pulmones durante la inspiración. Cuando no existe dificultad respiratoria no debe de haber aleteo nasal y se puntúa con 0.

QUEJIDO RESPIRATORIO

Se trata de un sonido característico que se presenta cuando es expulsado el aire por una vía respiratoria estrecha. En condiciones normales no debe presentarse, entonces la puntuación de 0. Si el quejido es audible con fonendoscopio la puntuación es de 1. Si es audible sin ningún dispositivo tiene una puntuación de 2.

INTERPRETACION DE LA ESCALA DE SILVERMAN

La interpretación es muy sencilla:

0 puntos: No hay dificultad respiratoria

1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve

4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada

7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

Según la puntuación y la severidad se decidirá la mejor opción terapéutica, que puede ir desde el apoyo con oxigenoterapia la intubación u otros dispositivos ventilatorios.

Escala 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).

La verdad es que es muy sencilla de utilizar. Con la escala EVA se dará una valoración del 0 al 10 al dolor, siendo el 0 ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable.

Se basa en una escala horizontal, representada por una línea, en la que paciente debe marcar el lugar que considera que se encuentra su dolor. Encontraremos la ausencia de dolor a dolor leve a la izquierda y el máximo dolor a la derecha de la línea. Posteriormente una vez se marque en la línea horizontal el nivel de dolor, se procede a la medición con una regla milimetrada.

Los resultados se evaluarán teniendo en cuenta tres niveles de dolor según los valores marcados:

(<4): Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve o leve-moderado

(4-6): En el caso que nos encontremos con una medición entre 4 y 6 centímetros, el dolor se considerará de moderado a moderado-grave

(>6): Si los valores son mayores de 6 hablamos ya de un dolor que pasa de grave a insoportable.

Escala 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. 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.

La edad gestacional es la forma de juzgar la madurez y tamaño de un recién nacido. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de $\pm 8,4$ días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

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)

Escala Apgar

En esta sección

EDADES Y ETAPAS

English

La prueba de Apgar del recién nacido

Tan pronto como nazca su bebé, un enfermero de parto colocará un temporizador (cronómetro) durante un minuto y otro durante cinco minutos. Cuando finalicen cada uno de estos períodos, un enfermero o médico le harán las primeras “pruebas” a su bebé, denominadas pruebas de Apgar.

Este sistema de puntuación (que tiene el nombre de su creadora, Virginia Apgar) ayuda al médico a calcular el estado general de su bebé al nacimiento.

¿Qué mide la prueba de Apgar?

Con esta prueba se le evalúa a su bebé:

Frecuencia cardíaca

Respiración

Tono muscular

Reflejos

Color de la piel

Esta prueba no puede predecir cuán saludable será cuando crezca ni cómo se desarrollará. Tampoco indica cuán inteligente es ni cómo es su personalidad. Sin embargo, pone en alerta al personal del hospital si el bebé está más adormecido o es más lento para responder que lo normal y puede necesitar asistencia a medida que se adapta a su nuevo mundo fuera del útero

Cada característica recibe una puntuación individual: dos puntos para cada una de las cinco categorías, si todo anda bien. Luego, se suman todas las puntuaciones. Por ejemplo, supongamos que su bebé tiene una frecuencia cardíaca mayor de 100, llora enérgicamente, se mueve activamente, hace muecas y tose en respuesta a la jeringa, pero tiene un color azulado. En este caso, tendría un 8 en la escala Apgar: dos puntos menos porque tiene un color azulado y no rosado. La mayoría de los bebés recién nacidos tienen puntuaciones mayores de 7 en la escala Apgar. Debido a que sus manos y pies permanecen azulados hasta que estén bastante calientes, muy pocos tienen una puntuación perfecta de 10.

Si la puntuación de la escala Apgar de su bebé está entre 5 y 7 en un minuto, es posible que haya tenido algunos problemas durante el nacimiento que redujeron el oxígeno en su sangre. En este caso, es probable que el personal de enfermería del hospital lo seque vigorosamente con una toalla mientras se le coloca el oxígeno debajo de la nariz. Esto debería hacerlo comenzar a respirar profundamente y mejorar su suministro de oxígeno para que su puntuación de la escala Apgar de cinco minutos sea de entre 8 y 10 en total.

Un pequeño porcentaje de recién nacidos tienen puntuaciones menores de 5 en la escala Apgar. Por ejemplo, los bebés que nacen en forma prematura o por cesárea de emergencia, tienen más probabilidades de tener puntuaciones bajas que los bebés que nacen en forma normal. Estas puntuaciones pueden reflejar las dificultades que el bebé tuvo durante el trabajo de parto o problemas en el corazón o en el sistema respiratorio

Escala Crichton

Escala de Crichton para valorar el riesgo de caída.

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 Braden

La 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 (Fricción y cizallamiento).

Con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Que en la infografía se ha intentado simplificar a través de representaciones gráficas.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma (1) .

Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntua

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 el riesgo será moderado. Tendrán un riesgo bajo aquellos que obtengan una puntuación ente 15-18 puntos, aunque se tendrá en cuenta la edad de la persona que estemos valorando.

Escala Cincinnati

Para saber cómo detectar que estamos frente a este tipo de enfermedad cerebrovascular vamos a recurrir a la Escala Cincinnati, también conocida como método F.A.S.T. Es un procedimiento que permite identificar de forma sencilla y rápida si alguien está sufriendo un Ictus.

Las consecuencias de esta enfermedad pueden ser devastadoras, así que identificar las señales a tiempo nos da la posibilidad de llamar de inmediato a emergencias reduciendo el riesgo y las posibles secuelas del paciente.

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.

Como ya hemos visto, el tiempo de reacción es fundamental, así que es importante que en cuanto identifiques las señales de que alguien puede estar sufriendo un ictus llames a emergencias detallando la situación. Será precisamente esta llamada la que active el Código Ictus. ¡No pierdas ni un minuto!

¿Cómo aplicar el Método F.A.S.T? Tenemos que tener en cuenta los siguientes pasos:

Face / Cara. Vamos a hacer que la persona sonría, observaremos así si desvía su boca hacia un lado determinado. Esto nos va a indicar si efectivamente está perdiendo tono muscular.

Arms / Brazos. En este caso vamos a valorar la coordinación, tratando de detectar si alguna de sus extremidades ha perdido su fuerza normal. Le pedimos a la persona que vaya levantando sus extremidades, conjuntamente o de forma independiente. Le pedimos que levante los brazos y valoramos su facilidad o dificultad para mantenerlos rectos. Podemos realizar la prueba también con las piernas.

Speech / Lenguaje. Animamos a la persona a que hable para detectar si tiene dificultades a la hora de expresarse o de comprendernos. Si no se expresa bien o no tiene sentido lo que dice, sin duda estamos frente a una de las señales más frecuentes del Ictus.

Time / Tiempo. Como ya hemos adelantado, no hay tiempo que perder, si detectamos cualquiera de las señales anteriores lo primordial es llamar a los servicios de emergencia y comunicar la gravedad de la situación.

Por último es importante que sepas la importancia de quedarse al lado de la persona afectada, no moverla, y en caso de que esta quedara inconsciente te recomendamos controlar su respiración y colocarla en posición lateral de seguridad y en caso de ser necesario comenzar con la reanimación cardiopulmonar hasta que llegue el personal sanitario.

Recuerda también no suministrar bebida o comida a la persona afectada y esperar a que lleguen los servicios de emergencias.