



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA

TEMA: Temas de la unidad II

PARCIAL: 2do parcial

MATERIA: PRACTICA PROFESIONALES

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. RUBEN EDUARDO GARCIA

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 9° cuatrimestre

En el mundo actual una de las problemáticas más grandes que afectan a la sociedad es la de la situación de salud en donde esta a causado grandes daños a las personas e incluso puede provocar la muerte, es por esta razón que se debe de tener un cuidado y un control sobre estas, en donde gracias a los avances tecnológicos los procedimientos realizados por el personal de enfermería son más eficientes para contribuir con la mejora de la salud de las personas, en donde uno de los procedimientos que enfermería a empleado en el área de la salud han sido las escalas de valoración las cuales nos ayudan a valorar la atención en función de los distintos tipos de pacientes y sus diferentes necesidades.

A continuación, se explicará la clasificación, definición y que valorar cada escala:

ESCALA DE GLASGOW: Como definición de esta es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia que tiene una persona. La utilizamos principalmente cuando la persona a sufrido un tipo de daño que pueda alterar la conciencia puede ser un daño cerebral o neurológico, ahora a que se puede deber este daño principalmente a un trauma craneoencefálico o politraumatismos que no son nada mas que disfunciones o alteraciones cerebrales por algún tipo de impactó externo y la primera causa que puede provocar este impacto externo principalmente algún tipo de accidente automovilismo o alguna otra accidente siempre y cuando se golpee la cabeza.

Bien ahora lo que evalúa esta escala son 3 parámetros fundamentales que son: apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora, donde la apertura ocular evalúa principalmente si hay una apertura ocular espontanea, es decir, a que el paciente se encuentra con los ojos abiertos y no hay ninguna necesidad de decirle que los abra o hacer algún tipo de estímulo para que esto ocurra, si es así se le da una puntuación de 4 puntos lo que significa que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están bastante activos. Que es lo que pasa cuando la apertura ocular solamente ocurre al hablarle, es decir, a que el paciente no tiene una apertura ocular espontanea si no que necesitamos de hacer algún tipo de sonido no necesariamente una instrucción al paciente para que esta abra los ojos en este caso podemos decirle hola y el paciente los abre si es así se le da una puntuación de 3 puntos. Lo siguiente es la apertura al dolor, Se refiere a que el paciente no tiene una respuesta ocular espontanea y ni tampoco cuando se le habla si no que tenemos que hacer algún tipo de estímulo doloroso generalmente en la región del esternón o en echo ungueal y cuando hacemos este estímulo el paciente abre los ojos si pasa esto le damos una puntuación de 2 puntos y finalmente cuando no hay ninguna tipo de respuesta ocular lo que

significa que el paciente no abre los ojos por mas que le hablemos o algún tipo de estímulo doloroso a esto se le da una puntuación de 1 punto.

En la respuesta verbal lo que se evalúa acá es de como se encuentra el paciente, si el paciente se encuentra orientado y conversando se le da una puntuación de 5 puntos, es decir a que el paciente sabe o responde bien a lo que se le pregunta como por ejemplo se le pregunta su nombre y contesta bien. El otro punto es desorientado y hablando se le da una puntuación de 4 puntos, es decir que podemos entablar una conversación bien con el paciente, pero cuando llegamos al punto de preguntarle donde se encuentra o en que lugar esta o en que mes estamos el paciente no sabe responder bien o contesta con otras cosas que no son. Lo otro es palabras inapropiadas se le da una puntuación de 3 puntos es decir se puede establecer una conversación con ese paciente, pero llega el momento en el que le paciente solo se queja o reniega. Lo siguiente son los sonidos incomprensibles a esto se le da una puntuación de 2 puntos, lo que significa que son sonidos como lamentos quejidos o sonidos irreconocibles para quien lo esta atendiendo, y por último no tiene ninguna respuesta a esto se le da una puntuación de 1 punto.

Lo ultimo es la respuesta motora lo que se la valora en este apartado es que el paciente obedezca las ordenes verbales, es decir, que si le hacemos algún tipo de pregunta diciéndole que levante la mano o saque la lengua y ese paciente lo haga se le da una puntuación de 6 puntos. Bien el otro es localiza el dolor lo que significa que el paciente solo nos muestre la parte o la zona donde tiene el dolor a eso se le da una puntuación de 5 puntos. Si el paciente solo hace retirada y flexión al dolor, es decir, que si hacemos algún tipo de estímulo y el paciente trata la manera de esquivar o se hace para otro lado a estos pacientes se le da una puntuación de 4 puntos. La siguiente es flexión anormal al dolor a esto se le llama decorticación, es decir, una flexión anormal principalmente a los miembros superiores se flexionan así la región del tórax y las manos hace una postura de aducción lo que se le llama decorticación a estos pacientes se le da una puntuación de 3 puntos. La extensión anormal por el dolor, es decir a que se le hace un estímulo doloroso y el paciente comienza a extender miembros inferiores y superiores a esto se le llama postura descerebración y se le da una puntuación de 2 puntos. Y por último si no hay ninguna respuesta se le da 1 punto. Esta valoración debe ser de forma individual ya que cada paciente nos da diferentes resultados. Acá la puntuación máxima es de 15 y la puntuación mínima es de 3 puntos. Donde leve es de 14-15, moderada 9-13 y severa de 3-8.

Escala de Silverman: es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total que se interpreta en función de dificultad respiratoria. A lo contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

- 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.
- Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

Escala de 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 milimétrica. 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 de Capurro: Es una herramienta que se usa en neonatología para determinar la edad gestacional de un recién nacido. Esta escala se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros de carácter fisiológico, que por medio de diferentes puntuaciones lo que permite estimar el tiempo buscado. Como mencionamos anteriormente, la escala de Capurro valora lo siguientes:

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 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. En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento. Virginia Apgar, MD (1909-1974), comenzó a utilizar el puntaje Apgar en 1952. A cada uno de estos parámetros 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.

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. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión, se utilizó este punto de corte ya que es lo que se describe por los autores de la escala para su utilización.

PROTOCOLO PAS: responde a las siglas de tres palabras: Proteger, Avisar y Socorrer. Con esta formación se presenta cada una de las pautas y se dan consejos e instrucciones básicas muy necesarias de cara a reducir el número de muertes sobre el asfalto.

Proteger: Ante cualquier accidente, lo primero que debes de evitar son los riesgos. No expongas tu vida en el transcurso de salvar la de otro. Recuerda la correcta señalización, el uso de chaleco reflectante y de los triángulos de emergencia para informar a otros conductores.

Avisar: Antes de lanzarte a llamar preso de un ataque de pánico por lo ocurrido, mantén la calma. Ahora es el momento de avisar mediante tu móvil o bien desde los puestos de SOS de la carretera de lo ocurrido. Llamar al 911 y trata de exponer con mensajes cortos y sencillos lo ocurrido. Desde el servicio de Emergencias te preguntarán dónde te encuentras, lo ocurrido, personas implicadas en el accidente y posibles lesiones.

Socorrer: La obstrucción de las vías respiratorias y las hemorragias son las principales causas de fallecimiento en los primeros minutos tras el accidente. Con las técnicas de primeros auxilios interiorizadas el número de víctimas se reducirían considerablemente.

ABORTO: En pocas palabras el aborto es la interrupción del embarazo, ya sea en forma voluntaria o involuntaria. Pero detrás de esta fría y breve definición hay mucho más que se debe analizar, desde el contexto en el que sucede, hasta sus razones, si hay peligro para la madre o el feto, o si es una decisión personal y consciente de la mujer que se somete al

procedimiento. El aborto siempre ha sido un tema polémico y motivo de debate entre quienes están en contra de su legalización y quienes buscan se despenalice en los países en los que el ordenamiento jurídico está en contra. TIPOS DE ABORTOS: Espontáneo Es el aborto producido por causas accidentales, independientes de la voluntad de la madre o de un tercero, Provocado Este tipo de aborto encuentra su origen en un hecho del hombre; producto de una intervención, aborto Completo o Incompleto En el aborto completo el feto sale íntegro del interior de la mujer; en el segundo quedan restos o partes del feto en el interior. Aborto Habitual Cuando se producen tres o más abortos espontáneos consecutivos, debidos a enfermedades, alteraciones hormonales, incompatibilidad de la sangre entre madre y feto, problemas al útero u otras causas.

APENDICITIS: El apéndice es un órgano de tamaño reducido conectado al intestino grueso en la parte inferior derecha del vientre. Cuando se infecta, se llama apendicitis. La apendicitis es una urgencia médica Es importante saber en qué fijarse para poder pedir ayuda médica de inmediato. Los primeros signos de la apendicitis suelen ser fiebre baja y dolor alrededor del ombligo. Puede parecer un simple dolor de estómago. Pero en la apendicitis, el dolor suele empeorar y desplazarse hacia la parte inferior derecha del vientre. Si un apéndice infectado no se extrae, tiene el potencial de reventar al cabo de 48 a 72 horas de la aparición de los primeros síntomas. Y la perforación puede extender las bacterias por el interior del cuerpo.

En el trabajo diario de enfermería es imprescindible la valoración de nuestros pacientes para poder administrar cuidados de calidad. Para ello se suelen utilizar escalas de valoración, que nos ayudan a ajustar la atención en función de los distintos tipos de pacientes y sus necesidades.

