



**Mi Universidad**

**Super Nota**

*Nombre del Alumno: Hogla Rubí Sangeado Domínguez*

*Nombre del tema: Escalas De Valoración Y Shock*

*Parcial: II Parcial*

*Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales*

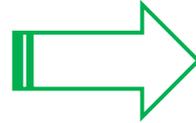
*Nombre del profesor: L.E.Q Mariano Walberto Balcázar Velasco*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería*

*Cuatrimestre: 9 Cuatrimestre*

## ESCALA DE GASGLOW

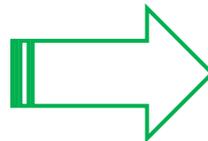
Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida.



	4	3	2	1		
<b>OCULAR</b>	ESPONTÁNEA 	ORDEN VERBAL 	DOLOR 	NO RESPONDEN 		
<b>VERBAL</b>	5 ORIENTADO Y CONVERSANDO 	4 DESORIENTADO Y HABLANDO 	3 PALABRAS INAPROPIADAS 	2 SONIDOS INCOMPRESIBLES 	1 NINGUNA RESPUESTA 	
<b>MOTORA</b>	6 ORDEN VERBAL OBEDECE 	5 LOCALIZA EL DOLOR 	4 RETIRADA Y FLEXIÓN 	3 FLEXIÓN ANORMAL  (rigidez de decortización)	2 EXTENSIÓN  (rigidez de decerebración)	1 NINGUNA RESPUESTA 

## RAMSAY

La Escala de Ramsay evalúa el nivel de sedación en pacientes sometidos a diferentes procedimientos médicos y quirúrgicos, y ayuda a ajustar la dosificación de los sedantes para alcanzar el nivel deseado de sedación, garantizando la seguridad y comodidad del paciente.



La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación.

Valoración del estado de sedación del paciente

## ESCALA DE RAMSAY

@Creative\_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	 Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	 Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	 Dormido con respuesta a órdenes
4	 Somnolento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	 Dormido con respuesta sólo al dolor
6	 Profundamente durmiendo sin respuesta a estímulos

## SILVERMAN

# TEST DE SILVERMAN

- 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

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.



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

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
 expansión coordinada 0 PUNTOS	 ausente 0 PUNTOS	 ausente 0 PUNTOS	 ausente 0 PUNTOS	 ausente 0 PUNTOS
 retraso en la inspiración 1 PUNTO	 débil 1 PUNTO	 poco visible 1 PUNTO	 mínimo 1 PUNTO	 audible con fonendoscopio 1 PUNTO
 expansión descoordinada 2 PUNTOS	 marcado 2 PUNTOS	 marcado 2 PUNTOS	 marcado 2 PUNTOS	 audible 2 PUNTOS

## EVA

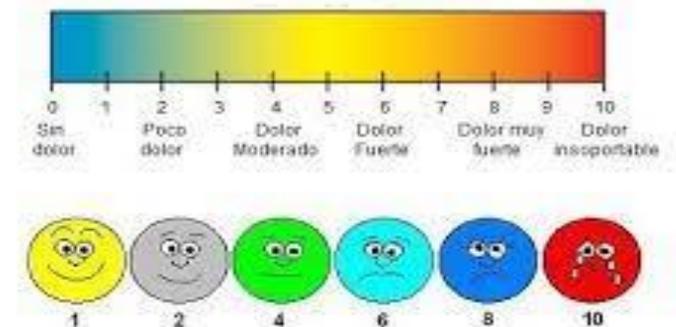
EVA (escala visual analógica):

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar.



## Escalas de dolor



## CAPURRO

El Test de Capurro es una herramienta usada en neonatología para determinar la edad gestacional de un recién nacido. Este test se centra en el análisis del desarrollo de cinco parámetros de carácter fisiológico, que por medio de diferentes puntuaciones permite estimar el tiempo buscado.



Después de tener claros los parámetros, se debe medir cada uno de ellos y luego sumar los resultados. Para determinar el resultado final debemos hacer una ecuación en la que: **(E)**: representa la Edad gestacional estimada. **(P)**: representa la sumatoria de los resultados obtenidos.

TEST DE CAPURRO					
<b>Forma de la OREJA</b>	Aplanada, informe, incurvación escasas o nula del Pabellón 0	Pabellón parcialmente incurvado Incurvado en el borde Superior 8	Pabellón incurvado todo el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	No palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15	
<b>Formación del PEZON</b>	Apenas visible sin areola 0	Díametro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Díametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	Díametro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde levantado 15	
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Mas gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la y anterior. Surcos en la anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Surcos en mas de la mitad anterior 20

Dr. Alex Velasco

## 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.

Prueba de Apgar				
Puntos	0	1	2	PUNTAJE
<b>A</b> Apariencia	Cianosis General	Cianosis distal	Rosado	7 - 10 Normal
<b>P</b> Pulso	Ausente	<100 lat/min	>100 lat/min	
<b>G</b> Gestos	Ninguno	Algún movimiento	Llanto	4 - 6 Depresión Moderada
<b>A</b> Actividad	Flacidez	Tono débil	Bien flexionado	
<b>R</b> Respiración	Ausente	Débil	Intenso / Llanto	0 - 3 Depresión Severa

## CRICHTON

Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS) (25): contiene 10 ítems que miden aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo.



Escala de funcionalidad de Crichton, empleada en población adulta. 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.

## ESCALA 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 evidentes		2	
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	
<b>NIVEL DE RIESGO:</b>	<b>BAJO</b> 0 a 1	<b>MEDIANO</b> 2 a 3	<b>ALTO</b> 4 a 10

## BRADEN

La Escala de Braden consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.



Escala de Braden, está amparada en la fisiopatología de las úlceras por presión y permite la evaluación de aspectos importantes para la formación de la úlcera, según seis parámetros: percepción sensorial, humedad, movilidad y actividad, nutrición, fricción y cizallamiento.

## Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

	1	2	3	4
<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b>	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Dolor - Capacidad sensorial	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos No comunica molestias - Dificultad sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre reconoce molestias Alguna dificultad sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
<b>ACTIVIDAD</b>	Escamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
<b>MOVILIDAD</b>	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
<b>NUTRICIÓN</b>	Muy pobre 0 o menos, dieta líquida o suero = 5 días	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad optima de una dieta líquida o por SNG	Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
<b>FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO</b>	Problema Requiere de movilización a máxima asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de asistencia adicional	No existe problema aparente	
<b>RIESGO UPP</b>	<b>ALTO</b> = < 12 PUNTOS	<b>MODERADO</b> = 12 - 14 PUNTOS	<b>BAJO</b> = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)	

# TIPOS DE SHOCK



**Shock Anafiláctico, Tratamiento:**

Si no se trata de inmediato (generalmente con epinefrina), puede causar la pérdida del conocimiento o la muerte.

**Shock Hipovolémico, Tratamiento:** Medicamentos como la epinefrina o norepinefrina pueden ser necesarios para incrementar la presión arterial y la cantidad de sangre bombeada del corazón (gasto cardíaco).

**Shock Cardiogénico, Tratamiento:**

los medicamentos que tratan el choque cardiogénico es mejorar la capacidad de bombeo del corazón y reducir el riesgo de coágulos sanguíneos. Vasopresores. Estos medicamentos se usan para tratar la presión arterial baja.

**Shock Séptico, Tratamiento:** El tratamiento de emergencia puede consistir en administrar oxígeno, líquidos por vía intravenosa, antibióticos y otros medicamentos.

**Shock Neurogénico, Tratamiento:**

la sola reanimación con fluidos es suficiente para resolver la hipotensión. Algunos pacientes requieren de vasopresores para mantener perfusión adecuada, pero la hipovolemia debe excluirse antes de su administración.

## REFERENCIAS:

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>

<https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/>

<https://enfermerapediatrica.com/test-de-silverman/>

<https://laria.com/entrada/dolor-escala-analogica-visual-eva>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2021/02/12/edad-gestacional-capurro/>

<https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>