



Mi Universidad

Super Nota

Presentado por: Ávila Delesma Clara del Rosario.

Nombre del tema: Escalas de Valoración.

Parcial: 2.

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales.

Catedrático: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 9°.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala.

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.

@MEDICINA_NOTAS

Escala de Glasgow

	4	3	2	1		
OCULAR	4 <i>Espontánea</i> 	3 <i>Orden verbal</i> 	2 <i>Dolor</i> 	1 <i>No responden</i> 		
VERBAL	5 <i>Orientado y conversando</i> 	4 <i>Desorientado y hablando</i> 	3 <i>Palabras inapropiadas</i> 	2 <i>Sonidos incomprensibles</i> 	1 <i>Ninguna respuesta</i> 	
MOTORA	6 <i>Orden verbal</i> 	5 <i>Localiza el dolor</i> 	4 <i>Retira y flexiona</i> 	3 <i>Flexión normal</i> 	2 <i>Extensión</i> 	1 <i>Ninguna respuesta</i> 

La severidad del traumatismo craneoencefálico se determina en función de puntuación total de la Escala de Glasgow:

- Leve: 14 – 15 puntos
- Moderado: 9 – 13 puntos
- Grave: < 9 puntos

En cuanto al nivel de alteración de conciencia (estado de coma), el gradiente varía:

- Leve: > 13 puntos. La duración del coma suele ser menor a 20 minutos
- Moderado: 9 – 12 puntos. La duración del coma es mayor de 20 minutos y menor de 6 horas tras la admisión del paciente.
- Grave o severa: < 8 puntos. La duración del coma es mayor de 6 horas tras la admisión 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 (poniéndolo en riesgo de muerte). Presenta 6 grados de sedación. Se ha utilizado principalmente para evaluar pacientes en una unidad de terapia intensiva.


ESCALA RAMSAY

Elaboró L.E. Alex Santiago

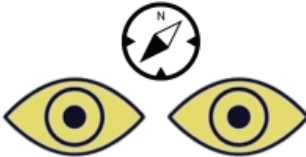
La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva.

yoamoenfermeriablog.com


Nivel 1 **Características**
Despierto:
Agitado, ansioso, inquieto




Nivel 2 **Características**
Despierto:
Cooperador, orientado y tranquilo



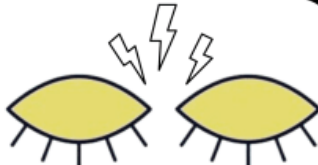
Nivel 3 **Características**
Somnoliento:
Responde a órdenes verbales




Nivel 4 **Características**
Dormido:
Responde a órdenes enérgicas breves respuestas a la luz y el sonido



Nivel 5 **Características**
Dormido:
Responde solo al dolor



Nivel 6 **Características**
Profundamente Dormido:
Sin respuesta a estímulos



Escala de Silverman

studies
cah

Signos clínicos

Disociación toracoabdominal



Tiraje intercostal



Retracción esternal



Aleteo nasal



Quejido respiratorio



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.

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

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



Escala Análoga Visual EVA

Elaboraron: Saucedo Victoria ME. Diseño: Peralta Flores MC. (2019)

EVA, mide la intensidad del dolor, representada en una línea de 10 cm, en el extremo izquierdo (cero) "no dolor" y en el extremo derecho (diez) "dolor muy intenso".



DOLOR

Es una sensación sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular o potencial, que se describe en términos de dicha lesión.

TIPOS

Agudo

Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce. Generalmente por lesión tisular o afectación orgánica.

Crónico

Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos en sistema musculoesquelético.

FASES

Fase 1

Aparece tras un estímulo breve por lesión tisular.

Fase 2

Aparece posterior a estímulos prolongados que producen lesión tisular y procesos inflamatorios.

Fase 3

Estados anormales dolorosos debido a lesiones en nervios periféricos o SNC.

ESCALA DE CAPURRO

f Pedia Tips Mx @pediatipsmx @DrPediaTipsMx

Valora la edad gestacional del recién nacido.
A cada rasgo se da un puntaje variable y se suma el total.

OREJA	<p>0</p>  <p>Plana, sin incurvación.</p>	<p>8</p>  <p>Parte de borde superior incurvado.</p>	<p>16</p>  <p>Todo el borde superior incurvado.</p>	<p>24</p>  <p>Pabellón totalmente incurvado.</p>	
MAMA	<p>0</p>  <p>No palpable.</p>	<p>5</p>  <p>< 5 mm.</p>	<p>10</p>  <p>5 - 10 mm.</p>	<p>15</p>  <p>> 10 mm.</p>	
PEZÓN	<p>0</p>  <p>Apenas visible; sin areola.</p>	<p>5</p>  <p>Diámetro < 7.5 mm; areola lisa y chata.</p>	<p>10</p>  <p>Diámetro > 7.5 mm; areola definida, borde plano.</p>	<p>15</p>  <p>Diámetro > 7.5 mm; areola definida, borde elevado.</p>	
PIEL	<p>0</p> <p>Muy fina, gelatinosa.</p>	<p>5</p> <p>Fina, lisa.</p>	<p>10</p> <p>Más gruesa, lisa; descamación superficial.</p>	<p>15</p> <p>Gruesa, surcos superficiales; descamación de manos y pies.</p>	<p>20</p> <p>Gruesa, surcos profundos; apergamínada.</p>
PIE	<p>0</p>  <p>Sin pliegues.</p>	<p>5</p>  <p>Marcas leves 1/2 anterior.</p>	<p>10</p>  <p>Marcas 1/2, surcos 1/3.</p>	<p>15</p>  <p>Surcos 1/2 anterior.</p>	<p>20</p>  <p>Surcos > 1/2 anterior.</p>

$$\frac{\text{Puntaje} + \text{Constante } 204}{7} = \text{Semanas de gestación}$$

Dr. Alejandro Covarrubias

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.

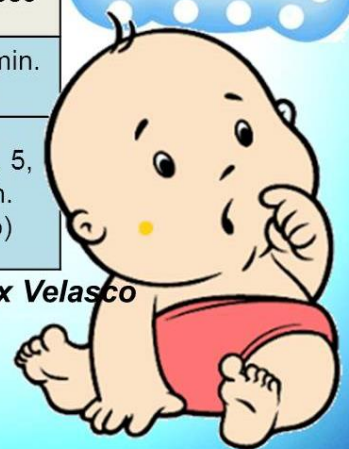
El test de Apgar evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia. Su aplicación está estandarizada para evaluar al recién nacido en dos momentos tras el nacimiento: en el minuto uno tras el parto y, de nuevo, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante, se puede evaluar al bebé por tercera vez.

En la palabra Apgar, cada una de sus letras, hacen referencia a los cinco ítems evaluables en el recién nacido: «Aspecto, Pulso, Irritabilidad refleja (del inglés Grimace), Actividad y Respiración».

Cada aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible:

- **Aspecto:** se refiere al color de la piel.
- **Pulso:** en relación con la frecuencia cardíaca.
- **Irritabilidad refleja:** es la respuesta y los gestos que hace el recién nacido ante los estímulos.
- **Actividad:** evalúa el tono muscular.
- **Respiración:** se determina el ritmo y el esfuerzo respiratorios.

SIGNO		Puntuación		
		0	1	2
A	Apariencia/color	Cianosis	Acrocianosis	Rosado
P	Pulso/FC	Ausente	<100 por min.	>100 por min
G	Gesto/reflejos (estimulación planta del pie)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
A	Actividad/tono muscular	Flacidez	Flexiones	Movimiento activo
R	Respiración/esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, quejumbroso	Llanto vigoroso
Normal 7 - 10		Asfisia	Leve 6-7	Valorar a 1 min. y 5 min.
			Moderada 4-6	Valorar al 1, 5, 15, 20 min. (extendido)
			Severa <4	



Dr. Alex Velasco

ESCALA DE APGAR



Escala de CRICHTON

(Evaluación del riesgo de caídas)

La escala de funcionalidad de CRICHTON es empleada en población adulta para la evaluación del riesgo de caídas. Se usa para determinar si usted tiene un riesgo **bajo**, **moderado** o **alto**.

Si la evaluación indica que su riesgo es mayor, el profesional de la salud o el proveedor de cuidados le puede recomendar estrategias para prevenir las caídas y reducir el riesgo de lesiones.

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	1
TOTAL	10

Riesgo de caída

ALTO: 4 a 10 puntos

MEDIO: 2 a 3 puntos

BAJO: 0 a 1 puntos

¿Que mide la escala de Braden?

El riesgo de úlceras y alteraciones diversas en el organismo del paciente. Se divide en seis grandes apartados.

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

@Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada < Nivel de conciencia Sedación No reacción ante dolor < Capacidad sensitiva	Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso No comunica malestar Déficit sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica malestar Alguna dificultad sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	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 hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre <2 1/3 del alimento 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada x3 2/3 del alimento 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG	Adecuada x4 1/2 del alimento 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente >4 Come entre horas y no requiere suplementes
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	



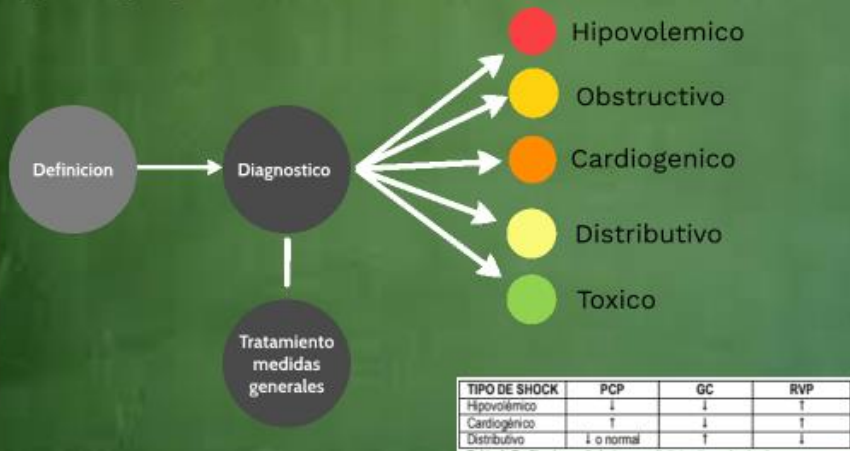
ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

Shock

Tipos de Shock



Diagnóstico del shock

- Evaluación clínica
- Resultados de los estudios

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la evidencia de una perfusión tisular insuficiente (depresión de los niveles de consciencia, oliguria, cianosis periférica) y signos de mecanismos compensatorios (taquicardia, taquipnea, diaforesis). Los criterios específicos incluyen

- Obnubilación
- Frecuencia cardíaca > 100 latidos/minuto
- Frecuencia respiratoria > 22 respiraciones/min
- Hipotensión (tensión arterial sistólica < 90 mmHg) o una caída de 30 mmHg en la tensión arterial basal
- Diuresis < 0,5 mL/kg/hora

Distributivo	Obstruccion	Hipovolémico	Cardiogenico	
<ul style="list-style-type: none"> • Corazón hipercontráctil (inicialmente) • Corazón hipocontráctil (tardío) 	<ul style="list-style-type: none"> • Derrame pericárdico • Sobrecarga del ventrículo derecho • Corazón hipercontráctil 	<ul style="list-style-type: none"> • Corazón hipercontráctil • Corazón de pequeño tamaño 	<ul style="list-style-type: none"> • Corazón hipocontráctil • Corazón dilatado 	Bomba
<ul style="list-style-type: none"> • Vena cava inferior normal o colapsada • Vena yugular interna normal o colapsada • Derrame pleural (empiema) • Ascitis (peritonitis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cava inferior dilatada • Vena yugular interna dilatada • Ausencia de deslizamiento pleural (neumotórax) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cava inferior colapsada • Vena yugular interna colapsada • Ascitis • Derrame pleural 	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cava inferior dilatada • Vena yugular interna dilatada • Síndrome intersticial pulmonar • Ascitis • Derrame pleural 	Tanque
<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosis venosa profunda en miembros inferiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma de aorta abdominal • Disección de aorta 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alteraciones 	Tuberías

Tratamiento del shock

- ❖ Tratamiento de sostén
- ❖ Líquidos IV
- ❖ Otros tratamientos dependen del tipo y la causa del shock

Tratamiento general de shock

La primera medida es mantener al paciente caliente. Debe controlarse la hemorragia externa, estabilizar la vía aérea y la ventilación, y dar asistencia respiratoria en caso necesario. El paciente debe guardar ayuno y es preciso girar la cabeza hacia un costado para evitar la aspiración en caso de vómitos.

El tratamiento comienza simultáneamente con la evaluación. Debe administrarse oxígeno suplementario con máscara facial. Si el shock es grave o la ventilación es inadecuada, se debe intubar la vía aérea para una ventilación mecánica. Deben colocarse 2 catéteres IV de gran calibre (14 a 16 G) en venas periféricas separadas. Una vía venosa central o una aguja intraósea, en especial en niños, pueden ser útiles si no es posible acceder a las venas periféricas con facilidad.

Bibliografía

<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow#:~:text=La%20Escala%20de%20Coma%20de%20Glasgow%20utiliza%20tres%20par%C3%A1metros%20que,valor%20m%C3%A1s%20alto%20es%2015puntos.>

<https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/neurologicas/escala-coma-glasgow/>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2017/12/09/escala-ramsay-nivel-sedacion/>

<https://campusvygon.com/escala-silverman/>

<https://www.facebook.com/102562081311780/photos/a.102574224643899/144212463813408/>

<https://twitter.com/DrPediaTipsMx/status/1651714998152970255/photo/1>

<https://psicocode.com/desarrollo/test-capurro>

https://www.facebook.com/cerebromedico/photos/a.2583931278553415/2581884148758128/?!oacle=cs_CZ

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/test-de-agar/>

<https://www.udocz.com/apuntes/479424/escala-de-crichton>

<https://ifses.es/como-se-mide-la-escala-braden/>

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

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/clasificacion-del-shock-y-causas-subyacentes>

<https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-l%C3%ADquidos/shock>