



Mi Universidad

Súper nota

Nombre del Alumno: Kerilin Domínguez Márquez

Nombre del tema: Escala de valoración y shock.

Parcial: 2do Parcial.

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales.

Nombre del profesor: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco.

Nombre de la Licenciatura: Lic. En enfermería.

Cuatrimestre: 9veno cuatrimestre.

Test de capurro

El test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

¿Cómo se realiza el test de Capurro?

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.

¿Cómo se evalúa la edad gestacional?

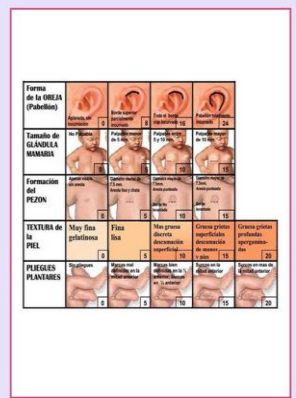
- Antes del nacimiento, su proveedor de atención médica empleará una ecografía para medir el tamaño de la cabeza, el abdomen y el fémur del bebé.
- Después del nacimiento, la edad gestacional se puede medir observando al bebé.

Parámetros de análisis del Test de Capurro

- Forma de la oreja
- Tamaño de la glándula mamaria
- Formación del pezón
- Textura de la piel
- Plegues plantares

Rangos para las edades gestacionales

Postmaduro	42 semanas o más.
A término	entre 37 y 41 semanas.
Prematuro leve	entre 35 y 36 semanas.
Prematuro moderado	entre 32 y 34 semanas.
Prematuro extremo	menos de 32 semanas



ESCALA DE VAORACION Y SHOCK

Escala Ramsay

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.

Nivel	Características	Descripción
1	Despierto	Agitado, ansioso, inquieto
2	Despierto	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnolento	Responde a órdenes verbales
4	Dormido	Responde a órdenes energéticas breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido	Responde solo al dolor
6	Profundamente Dormido	Sin respuesta a estímulos

Escala Análoga Visual (EVA)

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



Dolor

Una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

Tipos

Agudo	Inicio repentino, breve y con remisión de la causa que lo produce
Crónico	Se presenta con la aparición de complicaciones de enfermedades o procesos degenerativos

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 dolorosos anómalos debido a lesiones en nervios periféricos o SNC

Concepto

Una escala de valoración, apreciación o Likert, es una pauta de evaluación que atiende al "grado" de presencia o ausencia de un desempeño concreto.

Así mismo es muy similar a la lista de control, pero se diferencia de esta en que permite realizar una evaluación graduada de la conducta o rasgo observado. Se describe el grado de intensidad o frecuencia de una conducta o característica. La gradación suele estar dada por al menos tres niveles, pudiendo llegar a cinco como máximo.

Escala de coma de Glasgow

¿Qué es?

Es una escala de aplicación neurológica.

¿Para qué sirve?

Sirve para medir el nivel de conciencia de una persona.

@Apuntes.enfermera.rs

Parámetros

Respuesta observada	Puntuación
APERTURA OCULAR	
Espontánea	4
Al estímulo verbal	3
Al estímulo doloroso	2
Sin respuesta	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inadecuadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1
RESPUESTA MOTORA	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexión hipertónica	3
Extensión hipertónica	2
Sin respuesta	1

Trauma leve	13 - 15
Trauma moderado	9 - 12
Trauma grave	3 - 8

¿Qué es? Examen clínico que evalúa la dificultad respiratoria de un recién nacido con parámetros cuantificables.

¿Cómo surge? Creada en 1956 por William Silverman y Dorothy Andersen, con el objetivo de tener una forma fácil, rápida y sencilla de evaluar los problemas respiratorios de los neonatos.

¿Cómo se utiliza? Toma en cuenta 5 variables: aleteo nasal, quejido espiratorio, retracción subcostal, retracción esternal y disociación toráco-abdominal; que dependiendo de la intensidad se marcan con una puntuación de

- 0, 1 o 2; donde entre más baja sea la puntuación obtenida, mejor será el pronóstico:
- 0 puntos: no hay dificultad respiratoria.
- 1-3 puntos: dificultad respiratoria leve.
- 4-6 puntos: dificultad respiratoria moderada.
- 7-10 puntos: dificultad respiratoria severa.

Escala de Silverman

Signos clínicos

Signos clínicos	0 puntos	1 punto	2 puntos
Disociación toracoabdominal	Expansión coordinada	hinchamiento torax/abdomen	discordancia
Tiraje intercostal	Ausente	Débil	Marcado
Retracción esternal	Ausente	Ligeramente visible	Marcado
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible a distancia

Escala de Apgar

VALORACIÓN APGAR

DEFINICIÓN: Escala de puntuación para comprobar el estado de salud del RN

¿PARA QUE SIRVE? Valorar la adaptación CARDIORESPIRATORIA

¿CUANDO REALIZARLO? En el min. 1 y 5 de recién nacido

¿COMO REALIZARLO?

Actuación	0	1	2
Aspecto	Color de piel	Claro o palidez	Acrocianosis, tronco rosado
Peso	Frecuencia cardíaca	Ausente	<100 lpm lento / >100 lpm rápido
Gestación	Intubación	Sin respuesta	Muecas / Llanto
Actividad	Tono muscular	Flojo	Flexión de extremidades / Movimientos activos
Respiración	Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento e irregular / Llanto vigoroso

¿COMO INTERPRETAR?

Depresión severa	0 o 3 puntos	RCP neonatal avanzado más medicación, monitoreo en UCI.
Depresión moderada	4 o 6 puntos	Puede ser necesario alguna medicación RCP neonatal y monitoreo post-respiración.
Normal	7 o 10 puntos	Recién nacido en buenas condiciones.

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

Escala de braden

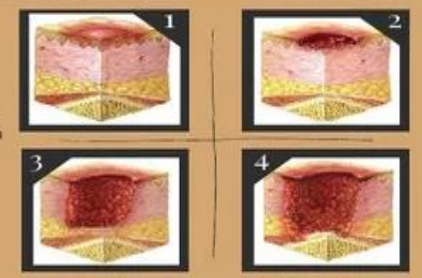
Escala de Braden

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

¿Quién la diseñó? Desarrollada en EEUU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios.

¿Por qué fue diseñada? Fue desarrollada a través de un esquema conceptual en el que se reseña, ordeno y relaciono los conocimientos existentes sobre UPP; como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton.

¿De qué se trata? Escala que tiene como finalidad medir de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de UPP en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados.



¿Cuándo se utiliza? Cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de UPP en los pacientes, valorando su exposición a la humedad, actividad física, movilidad, roce (peligro de lesiones), nutrición y percepción sensorial.

¿Para que sirve? 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.

El uso de esta escala de UPP se ha extendido en el ámbito profesional de los cuidados por su sencillez en el manejo. Se valoran los 6 parámetros de riesgo, los cuales son:

- Percepción sensorial.
- Exposición de la piel a la humedad.
- Actividad física.
- Movilidad.
- Nutrición.
- Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento).

¿Cómo se calcula? Otorgando a cada uno entre 1 y 4 puntos. Así, se valoran dichos parámetros, calculando la suma de los puntos obtenidos, de forma que, en función del total, El riesgo en función se clasificará de la siguiente manera:

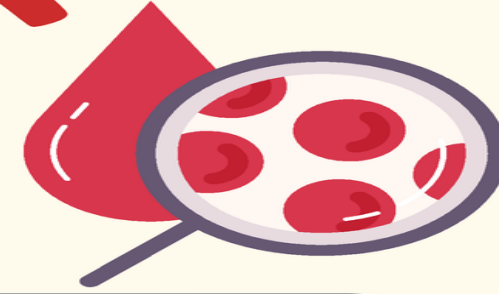
- Riesgo Bajo: 15 puntos o más
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos



SHOCK

¿Qué es?

Falla circulatoria que compromete el aporte de oxígeno, nutrientes etc. Causa hipoperfusión tisular, falla orgánica, daño irreversible y muerte.



Signos de hipoperfusión

- Piel fría/ pálida
- Uresis <0.5 ml/kg/h
- alteraciones del estado mental
- acidosis láctica



¿Cómo identificar el shock?

A través de la medición del Gasto Cardíaco (GC) y la Saturación Venosa Central (SVC).

- GC y SVC normales= shock séptico
- GC y SVC disminuidos= cualquier otro tipo de shock
- SVC elevada= shock cardiogénico o shock obstructivo

GC = FC y volumen diastólico (5-7 litros)
SVC= 60-80%

Tipos de shock



Distributivo

Mala distribución del flujo sanguíneo regional
Disminución de la poscarga

- séptico: infección bacteriana
- anafiláctico: reacción inmunológica antígeno-anticuerpo
- neurogénico: lesión medular o bloqueo farmacológico.

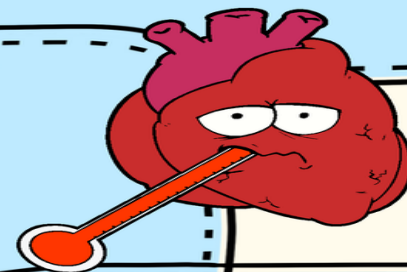


Cardiogénico

Fallo intrínseco del miocardio
Disminución del GC

causas:

- IAM
- Arritmias
- valvulopatías

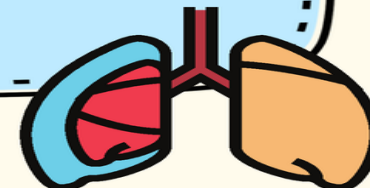


Obstructivo

El corazón no puede expulsar un volumen suficiente
Disminución del GC

causas:

- TEP
- Taponamiento cardiaco
- neumotorax a tensión



Hipovolemico

Disminución del contenido vascular, por pérdidas o acumulación de líquido en tercer espacio

Disminución del GC

1. Hemorrágico
2. No hemorrágico

causas:

- pérdida de electrolitos o pérdidas gastrointestinales



Escala de shock

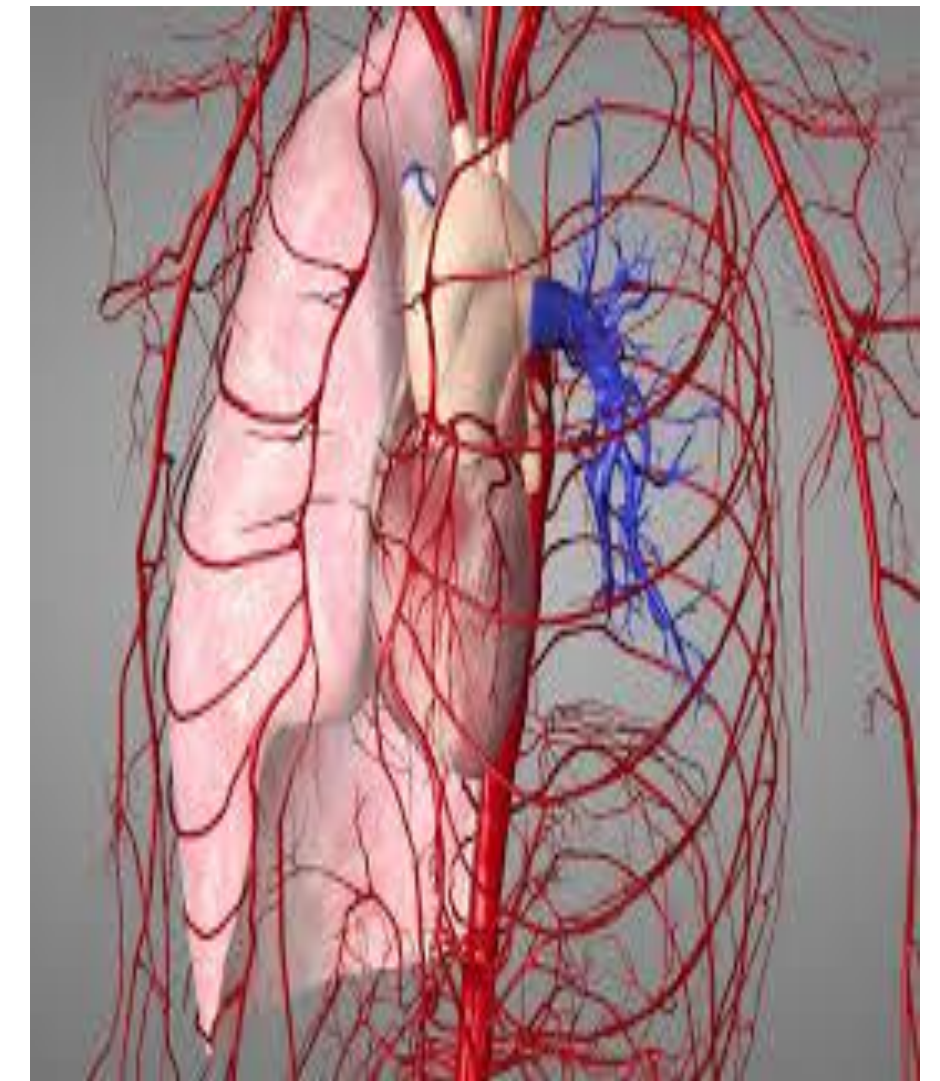
Diagnóstico del shock

- ✚ 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 en la tensión arterial basal
- ✚ Diuresis < 0,5 mL/kg/hora



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.

REFERENCIA

- ✚ <https://auladigital.udd.cl/files/2020/06/ficha-escala.pdf>
- ✚ <https://docencia.udla.cl/wp-content/uploads/sites/60/2019/12/ficha-12.pdf>
- ✚ <https://www.udocz.com/apuntes/205977/test-de-silverman-anderson>
- ✚ <https://www.studocu.com/bo/document/universidad-privada-franz-tamayo/epidemiologia/test-de-capurro-chantal-abou/13931186>
- ✚ <https://www.udocz.com/apuntes/479424/escala-de-crichton>
- ✚ <https://es.scribd.com/document/484759436/ESCALA-DE-BRADEN>
- ✚ <https://www.msmanuals.com/es/professional/cuidados-cr%C3%ADticos/shock-y-reanimaci%C3%B3n-con-IC3%ADquidos/shock>