



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Amparo Jazmín Torrez Trejo

Nombre del tema: “SUPER NOTA ESCALAS DE VALORACIÓN”

Parcial: Unidad I

Nombre de la Materia: Prácticas profesionales

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9°

GLASGOW

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: 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. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPENSIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)		

Escala de nivel de conciencia.

RAMSAY

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	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

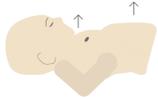
Escala del estado de sedación.

SILVERMAN

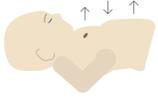
TEST DE SILVERMAN

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

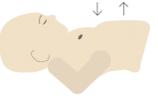
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES



expansión coordinada
0 PUNTOS



retraso en la inspiración
1 PUNTO



expansión descoordinada
2 PUNTOS

TIRAJE INTERCOSTAL



ausente
0 PUNTOS



débil
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

RETRACCIÓN XIFOIDEA



ausente
0 PUNTOS



poco visible
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

ALETEO NASAL



ausente
0 PUNTOS



mínimo
1 PUNTO



marcado
2 PUNTOS

QUEJIDO RESPIRATORIO



ausente
0 PUNTOS



audible con fonendoscopio
1 PUNTO



audible
2 PUNTOS

Escala de calidad respiratoria en el RN

EVA

Escala de intensidad del dolor



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor — Leve — Moderado — —Severo— —Insoportable

Escala de nivel de dolor.

CAPURRO

TEST DE CAPURRO

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

	0	1	2	3	4
Forma de la OREJA					
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA					
Formación del PEZÓN					
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa	Fina lisa	Más gruesa discreta descamación superficial	Gruesa gruesa superficial descamación de mano y pies	Gruesa gruesa profundas apengaminadas
PLIEGUES PLANTARES					

Postmaduro	42 Semanas o más
A término	37 a 41 semanas
Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
Prematuro Extremo	< 32 semanas

Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7

Test que determina la edad gestacional.

APGAR

ESCALA DE APGAR

EVALÚA LA VITALIDAD DEL NIÑO Y VALORA DE FORMA OBJETIVA Y CUANTITATIVA, MEDIANTE CINCO CRITERIOS, EL NIVEL DE MADUREZ DE DESARROLLO Y EL BUEN ESTADO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO

PUNTAJACIÓN	0	1	2
A Apariencia	Cianosis / Palidez	Acrocianosis	Rosado
P Pulso/ FC	Ausente	<100 lpm	> 100 lpm
G Gesticulación	Sin respuesta al estímulo	Muecas	Llanto vigoroso/ Tos
A Actividad	Flacidez	Flexión de extremidades	Movimientos activos
R Respiración	Ausente	Lento/ Irregular	Regular / Llanto

7 - 10 puntos
Óptimo

4 - 6 puntos
Depresión moderada

< 3 puntos
Depresión severa

Evalúa el nivel de madurez de desarrollo en el RN



CRICHTON

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	MEDIO	BAJO
4 a 10 puntos	2 a 3 puntos	0 a 1 puntos

Escala de Riesgo de Caídas.

BRADEN

Figura 1. Escala de Braden

<i>Percepción Sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posición corporal	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrición</i> Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricción y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Escala de UPP

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16.