



*Nombre del Alumno: IZARI YISEL PEREZ CASTRO*

*Nombre del tema: ESCALA DE VALORACIÓN*

*Parcial: 2*

*Nombre de la Materia: PRACTICAS PROFESIONALES*

*Nombre de la profesora: LIC. ELIZABETH ESPINOZA LÓPEZ*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA*

*Cuatrimestre: 9ºA*

Concepto

De encuestas consiste en un conjunto de preguntas cerradas en conjunto con una selección de categorías que se ofrecen como opciones para los encuestados, y se utiliza para evaluar la opinión de los encuestados sobre un producto o una afirmación concreta

Definición

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

Objetivo

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

Procedimiento

- ✚ Preservar la intimidad del paciente
- ✚ Informar al paciente
- ✚ Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- ✚ Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- ✚ Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

Observación

Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

GLASGOW

Adulto

Apertura de ojo

Respuesta de paciente	puntuación
• Espontaneo	4
• Al sonido	3
• Al habla	2
• Ausente	1

Respuesta verbal

Respuesta de paciente	puntuación
• Orientado	5
• Confuso	4
• Incoherente	3
• ininteligible	2
• ausente	1

Respuesta motora

Respuesta de paciente	puntuación
• Obedece ordenes	6
• Localiza el dolor	5
• Reflejas retirada	4
• Flexión anormal	3
• Extensión anormal	2
• Ausente	1

Pediátrico

Apertura ocular

Respuesta de paciente	puntuación
• Espontaneo	4
• Al hablar	3
• Al dolor	2
• Ausente	1

Respuesta verbal

Respuesta de paciente	puntuación
• Ruido y gorgojeos	5
• Irritable	4
• Llora ante del dolor	3
• Gime ante el dolor	2
• Ninguno	1

Respuesta motora

Respuesta de paciente	puntuación
• Movimiento espontaneo normales	6
• Retirada al contacto	5
• Retirada al dolor	4
• Flexión anormal	3
• Extensión anormal	2
• Ninguno	1

ESCALAS DE VALORACIÓ

ESCALAS DE VALORACIÓN

CRICHTON

- Definición: Empleada en población adulta. Ésta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo.
- Objetivo: Se puede utilizar para evaluar la discapacidad, particularmente en personas mayores que reciben cuidados a largo plazo
- Procedimiento:
  - ✚ Preservar la intimidad del paciente
  - ✚ Informar al paciente
  - ✚ Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - ✚ Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
  - ✚ Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.
- Observación: Evalúa el riesgo de caídas en adultos, considerando factores físicos, mentales, farmacológicos y socioculturales. Un puntaje alto indica un riesgo elevado, mientras que uno bajo indica un riesgo mínimo. Se pueden recomendar estrategias para prevenir caídas y reducir lesiones.

Escala

**VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD 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 evidente	1
<b>total</b>	<b>10</b>

**DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA**

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

**VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD 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 evidente	1
<b>total</b>	<b>10</b>

**DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA**

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

BRADEN

- Definición: Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.
- Objetivo: Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente.
- Procedimiento:
  - Preservar la intimidad del paciente.
  - Informar al paciente.
  - Solicitar la colaboración del paciente y familia.
  - Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
  - Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora.
- Observación: Si la puntuación obtenida era >18 el paciente se consideró sin riesgo para el desarrollo de UPP, entre 15-18 se consideró con riesgo leve, entre 13-14 con riesgo moderado, entre 10-12 con riesgo alto y ≤9 con riesgo muy alto.

# ESCALA de BRADEN

	1	2	3	4
<b>Percepción sensorial</b> 	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 
<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 cada turno 	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día 	Raramente húmeda 
<b>Actividad</b> 	<b>Encamado</b> 	<b>En silla</b> 	Deambula ocasionalmente 	Deambula frecuentemente 

BRADEN

Escala

# ESCALA de BRADEN

	1	2	3	4
<b>Movilidad</b> 	Completamente inmóvil 	Muy limitada 	Ligeramente limitada 	Sin limitaciones 
<b>Nutrición</b> 	Muy pobre 	Probablemente inadecuada 	Adecuada 	Excelente 
<b>Fricción y cizallamiento</b> 	Problema 	Problema potencial 	No existe problema aparente 	



Alto=<12 puntos

Moderado=13-14 puntos

Bajo=15-16 Puntos (Si-<75 años)  
15-18 Puntos (Si->75 años)



@tsenfermeria

ESCALAS DE VALORACIÓ

3ecabb4b8d938309ac53b06f47d64c65-LC-LEN901

<https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton#:~:text=La%20escala%20de%20Crichton%20eval%C3%BAa,prevenir%20ca%C3%ADdas%20y%20reducir%20lesiones.>

<https://www.facebook.com/photo?fbid=1029893324952696&set=pcb.1029893324952696>

[93348286027](https://www.facebook.com/photo?fbid=1029893324952696&set=pcb.1029893324952696)

<https://www.facebook.com/photo?fbid=1029893324952696&set=pcb.1029893324952696>

[93348286027](https://www.facebook.com/photo?fbid=1029893324952696&set=pcb.1029893324952696)