



Mi Universidad

CUADRO SINÓPTICO

**NOMBRE DEL ALUMNO: MARÍA DHALAI CRUZ
TORRES**

TEMA: 2.1 ESCALAS DE VALORACIÓN

MATERIA: PRÁCTICAS PROFESIONALES

DOCENTE: ELIZABETH ESPINOZA LOPEZ

NOVENO CUATRIMESTRE

2DO PARCIAL

2.1.1 GLASGOW

DEFINICIÓN

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas

Su principal objetivo es determinar el nivel de conciencia del paciente

ESCALA

Adultos

Respuesta ocular

- Espontanea 4 puntos
- A la orden verdad 3 puntos
- Al dolor 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

Respuesta verbal

- Orientado y conversando 5 puntos
- Desorientado y hablando 4 puntos
- Palabras inapropiadas 3 puntos
- Sonidos incomprensibles 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

Respuesta motora

- Obedece ordenes 6 puntos
- Localiza el dolor 5 puntos
- Retirada y flexión 4 puntos
- Flexión anormal 3 puntos
- Extensión 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

Pediátricos

Respuesta ocular

- Espontánea 4 puntos
- A la orden verdad 3 puntos
- Al dolor 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

Respuesta verbal

- Ruidos y gorgojeos 5 puntos
- Irritable 4 puntos
- Llora al dolor 3 puntos
- Quejido ante el dolor 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

Respuesta motora

- Movimientos espontáneos normales 6 puntos
- Retirada al contacto 5 puntos
- Retirada al dolor 4 puntos
- Flexión anormal 3 puntos
- Extensión 2 puntos
- Sin respuesta 1 punto

PUNTUACIÓN

- 13-15 Leve
- 9-12 Moderado
- 3-8 Grave

2.1.7 CRICHTON

DEFINICIÓN

Escala de valoración que permite valorar el riesgo de caída

Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, entre otros.

ESCALA

- Limitación física 2 puntos
- Estado mental alterado 3 puntos
- Tratamiento farmacológico que implique riesgo 2 puntos
- Problemas de idioma o socioculturales 2 puntos
- Problemas sin factores de riesgo evidente 1 punto

Al sumar la puntuación obtenida se determinará el riesgo de caída de paciente valorado, siendo el máximo 10 puntos

PUNTUACIÓN

- ALTO RIESGO (ROJO) DE 4 A 10 PUNTOS
- MEDIANO RIESGO (AMARILLO) DE 2 A 3 PUNTOS
- BAJO RIESGO (VERDE) DE 0 A 1 PUNTO

2.1.8 BRADEN

DEFINICIÓN

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

Su objetivo es determinar o cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente

ESCALA

Percepción sensorial

Evalúa la capacidad del paciente para sentir y responder ante el dolor o la incomodidad causada por la presión.

1. Completamente limitada
2. Muy limitada
3. Ligeramente limitada
4. Sin limitaciones

Exposición a la humedad

Mide el grado de exposición de la piel a la humedad, que puede provenir del sudor, la incontinencia o derrames de líquidos.

1. Constantemente húmeda
2. A menudo húmeda
3. Ocasionalmente húmeda
4. Raramente húmeda

Actividad

Valora el nivel de actividad física del paciente

1. Encamado
2. En silla
3. Deambula ocasionalmente
4. Deambula frecuentemente

2.1.8 BRADEN

ESCALA

Movilidad

Examina la capacidad del paciente para cambiar y controlar su posición corporal.

1. Completamente inmóvil
2. Muy limitada
3. Ligeramente limitada
4. Sin limitaciones

Nutrición

Analiza la ingesta alimenticia del paciente, incluyendo su dieta habitual y su capacidad para ingerir y asimilar los nutrientes necesarios para mantener la salud de la piel y el tejido subcutáneo.

1. Muy pobre
2. Probablemente inadecuada
3. Adecuada
4. Excelente

Roce y peligro de lesiones cutáneas

Considera la resistencia que la piel debe superar al moverse o ser movida, así como el daño potencial que el movimiento puede causar en la piel y los tejidos subyacentes.

1. Problema
2. Problema potencial
3. No existe problema aparente

PUNTUACIÓN

- Riesgo alto: <12 puntos
- Riesgo moderado: 13-14 puntos
- Riesgo bajo: 15-17 puntos si la persona es menor de 75 años, 15-18 puntos si la persona es igual o mayor a 75 años