



**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