



Nombre del Alumno: José Miguel Reyes Villegas

Nombre del tema: Escalas De Valoración

Parcial 2

Nombre de la Materia: Prácticas Profesionales De Enfermería

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre 9

Lugar: Pichucalco Chiapas, México

Fecha: 15/06/2024

ESCALAS DE VALORTACIÓN

Escala De Glasgow

Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta.



ESCALA DE GLASGOW							
PERMITE MEDIR EL NIVEL DE CONSCIENCIA DE UNA PERSONA. UTILIZA 3 PARÁMETROS: RESPUESTA VERBAL, RESPUESTA OCULAR, Y RESPUESTA MOTORA.							
ocular	1	2	3	4			
	No responden	Dolor	Orden verbal	Espontánea			
	verbal	1	2	3	4	5	
		Ninguna respuesta	Sonidos Incomprensibles	Palabras inapropiadas	Desorientado y hablando	Orientando y conversando	
		motora	1	2	3	4	5
Ninguna respuesta			Extensión	Flexión anormal	Retirada y flexión	Localiza el dolor	Orden verbal

¿Qué Evalúa La Escala De Glasgow?

La Escala de Glasgow es ampliamente utilizada en la evaluación de pacientes con traumatismo craneoencefálico debido a su capacidad para evaluar la conciencia y la capacidad neurológica de manera rápida y fiable.

La utilización de la Escala de Glasgow también permite una comparación entre pacientes y entre diferentes entornos clínicos, lo que ofrece una mejor comprensión de la evolución de la lesión cerebral y la efectividad del tratamiento.

Infección Nosocomial

- El lavado de manos sigue siendo la medida más importante contra la infección nosocomial.
- Uso correcto de bioalcoholes.
- Correcto cuidado de los catéteres. Durante la colocación de los mismos se seguirá el protocolo bacteriemia zero, y para su mantenimiento, el protocolo de curas de la unidad.
- Correcto cuidado de las heridas, según protocolo.
- Respecto a la sonda urinaria, se seguirán los protocolos de colocación y de mantenimiento del sistema cerrado.
- Respecto a los aislamientos, se instaurarán de forma temprana y se realizará un buen seguimiento de las medidas de aislamiento.
- Limpieza ambiental: mejorar la limpieza de objetos y superficies ambientales, sobretodo antes del ingreso del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA POR PROBABLE:



Problemas Relacionados Con La Inmovilidad Y La Movilización Del Paciente

- Aumento de sedación-analgésia y administración de relajantes cuando sea preciso, por ejemplo durante la higiene o la movilización.
- Minimizar el tiempo de movilización.
- Importancia de la monitorización continua del paciente durante el aseo. No retirar electrodos ni pulsioxímetros.
- Es cometido de enfermería valorar qué número de profesionales es suficiente para realizar la movilización de cada paciente, dependiendo de las características corporales, la patología y el estado del paciente en cada momento.

Úlceras Por Presión

- Valoración diaria de la escala de riesgo de UPP.
- Protocolizar cuidados preventivos (higiene diaria, colchón aire alterno de alto riesgo, movilizaciones cada 6 horas siempre y cuando el paciente las tolere, protección zonas de presión, uso de aceites hiperoxigenados y cremas hidratantes, valoración diaria de la tolerancia a la NE, retención gástrica, proteínas en sangre, etc).
- Minimizar al máximo otras causas de aparición de UPP como la inmovilización del paciente, la presión por dispositivos, fijaciones de sondas, drenajes y catéteres.
- Una vez aparecida la UPP, poner todo nuestro esfuerzo en la curación precoz.

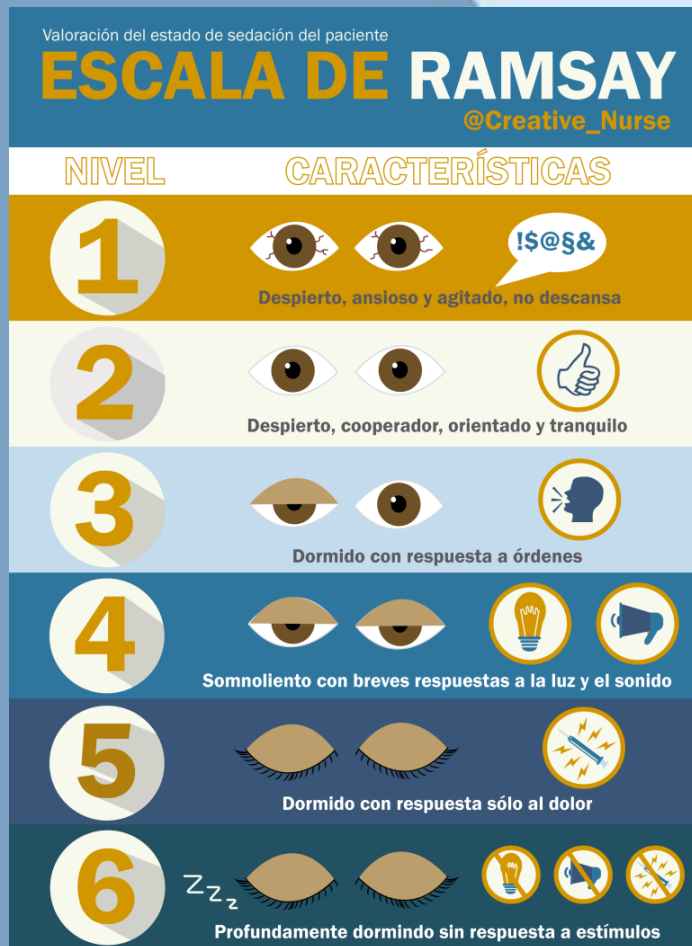


Escala de Ramsay

Es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes para evitar la insuficiencia respiratoria o su exceso.

Su empleo se asocia la disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia en UCI. Valora 6 niveles de sedación que son:

1. Despierto, ansioso y agitado
2. Despierto, cooperados, orientado y tranquilo
3. Dormido con respuesta a órdenes
4. Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido
5. Dormido con respuesta solo al dolor
6. Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos



Niveles De Sedación De La Escala De Ramsay

Para medir la sedación, la escala presenta seis niveles que van de menor a mayor grado.

Según la respuesta que tenga el paciente a los estímulos, la escala se divide en:

Nivel 1: se encuentra despierto, inquieto, ansioso y agitado

Nivel 2: sigue despierto pero está relajado, orientado y se muestra cooperador

Nivel 3: paciente dormido que puede responder a estímulos verbales y obedecer a las órdenes

Nivel 4: continúa dormido, pero con ligera respuesta a la luz y el sonido

Nivel 5: únicamente presenta respuesta al dolor

Nivel 6: paciente profundamente dormido que no presenta ninguna respuesta a estímulos

Intervenciones

- Se recomienda protocolizar una evaluación sistemática del dolor y la analgesia.
- Se recomienda utilizar una escala validada basada en la cuantificación del dolor por el propio paciente siempre que esto sea posible.
- Se recomienda no utilizar aisladamente parámetros fisiológicos para identificar dolor, ya que son inespecíficos.
- Se recomienda utilizar una escala validada que mida la profundidad de sedación basándose en la capacidad del paciente de reaccionar a estímulos.



Escala de Silverman

Es muy utilizada en las UCIN para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distrés Respiratorio. Esta afección es muy frecuente en prematuros y grandes prematuros después del parto.

La escala de Silverman es una escala que va del 0 al 10, donde a medida que la puntuación aumenta, la dificultad del Recién Nacido al respirar aumenta también.

Este Test Aborda Cinco Aspectos Fundamentales:

Aleteo nasal: Observa la presencia de movimientos rápidos y visibles de las fosas nasales durante la respiración, un indicador de posible dificultad respiratoria.

Quejido respiratorio: Evalúa la emisión de sonidos que acompañan la respiración, lo cual puede ser un signo revelador de problemas respiratorios.

Tiraje costal: Observa la retracción de los músculos entre las costillas durante la inhalación, proporcionando información sobre el esfuerzo respiratorio.

Retracción esternal: Analiza la retracción del espacio entre las costillas y el esternón durante la inhalación, otro indicador clave de la dificultad respiratoria.

Disociación torácica-abdominal: Evalúa la coordinación entre el movimiento del tórax y el abdomen durante la respiración, ofreciendo información valiosa sobre la función respiratoria.

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	Ausente	Mínima	Marcada
Quejido espiratorio	Ausente	Audible con el estetoscopio	Audible
Tiraje intercostal	Ausente	Apenas visible	Marcada
Retracción esternal	Sin retracción	Apenas visibles	Marcada
Disociación toracoabdominal	Sincronizado	Retraso en inspiración	Bamboleo

Intervenciones

- El cuidado de enfermería deberá tener como objetivo prioritario:
- Estar familiarizado con la fisiopatología de la enfermedad.
- Iniciar intervenciones según indicación.
- Reconocer los signos y síntomas del SDR.
- Conocer las complicaciones de la ventilación mecánica.
- Reconocer la importancia del destete de parámetros del respirador y del oxígeno.
- Prevenir y minimizar las atelectasias
- Mantener los niveles de oximetría de pulso dentro de los rangos recomendados.
- Minimizar los efectos tóxicos del oxígeno, el barotrauma y volutrauma.
- Mantener posición y permeabilidad de la vía aérea.
- Utilizar los cuidados recomendados para una correcta aspiración de la vía aérea.



Escala de Eva

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

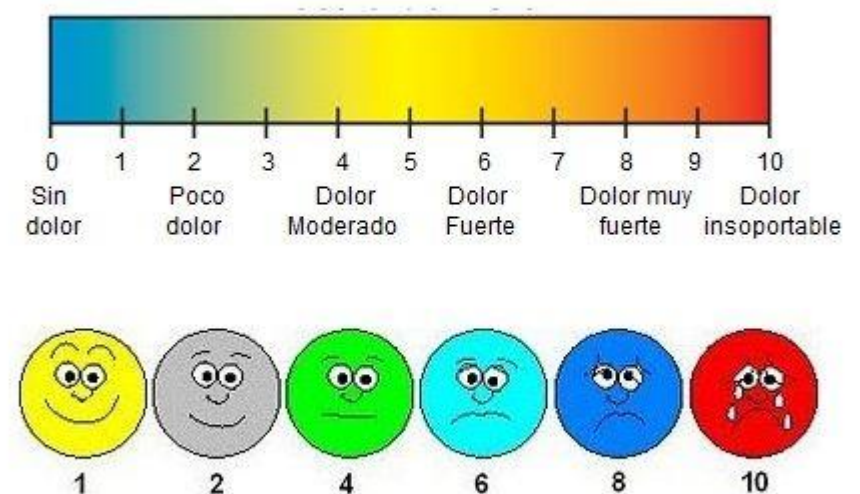
Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.



Intervenciones

- Informar al paciente de los aspectos relacionados con un adecuado control del dolor y las modalidades analgésicas
- Aplicar protocolo de analgesia y evaluar efectividad del tratamiento
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor: cultura, experiencias
- Determinar el impacto de la experiencia dolorosa sobre la calidad de vida (sueño, apetito, relaciones, humor, trabajo)
- Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor
- Evaluar experiencias pasadas con dolor, medidas de tratamiento, dolores crónicos, discapacidades
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa
- Proporcionar información acerca del dolor, tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a la realización de procedimientos
- Determinar la disponibilidad del paciente a participar en las estrategias de alivio del dolor
- Favorecer el descanso, evitar procedimientos innecesarios
- Mostrar una postura tranquila y de control sobre la situación
- Si el dolor no está controlado, administrar rescate
- Avisar si no se controla el dolor para ajustar o cambiar tratamiento (descartar complicación)
- Mostrar credibilidad a las expresiones de dolor del paciente
- Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona
- No utilizar placebos
- Evaluar y controlar efectos adversos si aparecen
- Proporcionar un alivio del dolor óptimo

Escalas de dolor



La Valoración Será:

1. **Dolor leve** si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
2. **Dolor moderado** si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
3. **Dolor severo** si la valoración es igual o superior a 8. v



Escala Capurro

Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada

Forma de la OREJA (Pabellón)	 0	 8	 16	 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 0	 5	 10	 15	
Formación del PEZON	 0	 5	 10	 15	
TEXTURA de la PIEL	 0	 5	 10	 15	 20
PLIEGUES PLANTARES	 0	 5	 10	 15	 20

Signos Somáticos de CAPURRO:

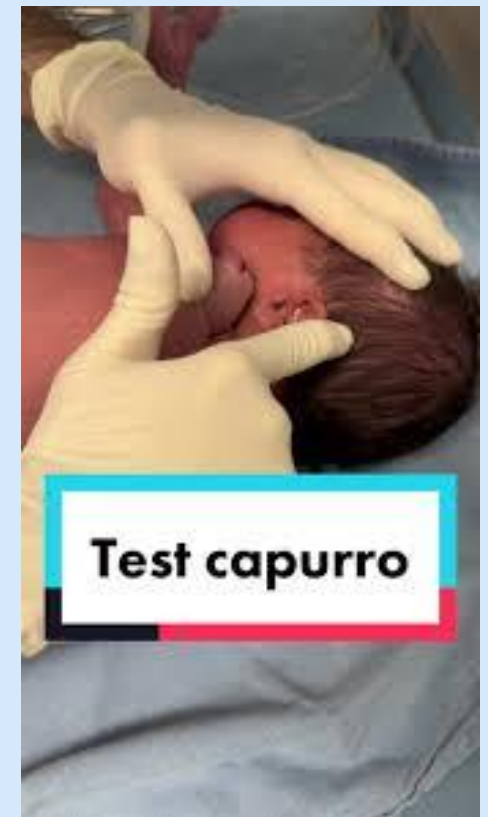
- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

Signos Neurológicos de CAPURRO:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

Durante El Proceso De Parto Se Tienen Las Siguintes Premisas De Cuidados:

- Se debe conocer los antecedentes del embarazo, factores de riesgo de la madre, situación del parto y antecedentes del feto.
- De igual forma es requerido contar con todo el equipamiento necesario disponible y funcionando.
- Después del Parto, se deben proseguir con el control clínico en el bebé recién nacido sano y durante su estancia en el centro de salud, que consta de:
- Atención de salud a la madre y al neonato: consta de una supervisión de la respiración espontánea, profilaxis y el control de infecciones, detección de malformaciones congénitas y lesiones que pueden surgir a consecuencias del parto.
- Prevención de la pérdida de calor y evitar la hipotermia. El ambiente térmico adecuado para el recién nacido es de 26 °C a 29 °C y de 36 °C en la mesa donde recibirá sus primeras atenciones.
- Se debe evitar las corrientes de aire en la sala de partos.



Cuidados Del Recién Nacido Sano En El Puerperio

Dentro de este período es recomendable, realizar un examen clínico al RN antes de la hora de vida, durante el primer día de vida y previo al alta. Y aclarar las dudas que tienen los padres. En relación a todos los cambios y procesos que sufre su hijo. Dentro de los cuales podemos mencionar:

Piel: después de las 2 primeras horas y hasta las 24 horas de vida es normal que la piel tenga un color rojo.

Meconio: las deposiciones en los recién nacidos van cambiando de color, consistencia y frecuencia

Reflejos y comportamiento: es importante explicar a la madre, la posición, el tono y los reflejos del RN, especialmente el reflejo de Moro; movimientos de la cabeza hacia uno y otro lado; gesticulaciones y deglución; temblores de las extremidades y del maxilar inferior

Escala de Apgar

Tan pronto como nazca su bebé, un enfermero de parto colocará un temporizador (cronómetro) durante un minuto y otro durante cinco minutos. Cuando finalicen cada uno de estos períodos, un enfermero o médico le harán las primeras “pruebas” a su bebé, denominadas pruebas de Apgar.

Este sistema de puntuación (que tiene el nombre de su creadora, Virginia Apgar) ayuda al médico a calcular el estado general de su bebé al nacimiento.

	0	1	2
A pariencia	Cianosis generalizada	Cianosis distal	Color rosado
P ulso	Sin pulso	<100 lpm	>100 lpm
G estos	Sin respuesta	Mueca y llanto débil	Tos o estornudo
A ctividad	Fácido	Tono bajo	Tono normal
R espiración	Ausente	Lenta e irregular	Fuerte y regular



¿Qué Mide La Prueba De Apgar?

Con esta prueba se le evalúa a su bebé:

- Frecuencia cardíaca
- Respiración
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel



Intervenciones De Enfermería

- Contacto piel con piel
- Limpieza de nariz y boca
- Corte de cordón umbilical
- Test de Apgar
- Peso y medida del bebé
- Vitamina K inyectada y colirio
- Lavado de recién nacido, solo por encima.
- Alimentación: La lactancia materna es la opción preferida para el recién nacido sano. Los profesionales de enfermería deben brindar apoyo a las madres en la técnica de lactancia y asegurarse de que el bebé se alimente adecuadamente

Escala de Crichton

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 las lesiones.

Intervenciones

- Comprobar que la barandilla de la cama este elevada
- Verificar que el freno de la cama está puesto
- Mantener alguna iluminación nocturna
- Retirar todo material que pueda producir caídas
- Promover el uso de ropa/calzado adecuado
- Verificar que los dispositivos de ayuda (bastones, andador,...) está a su alcance
- Lavabos accesibles y con asideros
- Mantener el paciente incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo
- Aplicar medidas de sujeción si precisa

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

La Escala de Braden mide la probabilidad de que un paciente desarrolle una úlcera por presión (UPP). Varía de unos pacientes a otros en función de diferentes factores de riesgo, como las características de la piel, la actividad física que desarrolla, y otros, por lo que es imprescindible en enfermería para ofrecer la mejor atención posible a un paciente.

La Escala De Braden Consta De Seis Subescalas:

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

Las Úlceras Por Presión Se Clasifican En 4 Estadios:

Estadio I: eritema cutáneo que no palidece, con la piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración; se pueden utilizar también como indicadores, particularmente en las personas con piel oscura.

Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente como una abrasión o una flictena.

Estadio III: la úlcera es mas profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar a la fascia muscular pero no mas allá.

Estadio IV: desnutrición extensa, necrosis de tejidos o lesión del musculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sudación - 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
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	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 en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente Dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG	Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	
RIESGO UPP ALTO = < 12 PUNTOS MODERADO = 13 - 14 PUNTOS BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) / 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)				

Intervenciones

Recomendamos Que La Evaluación De La Úlcera Incluya:

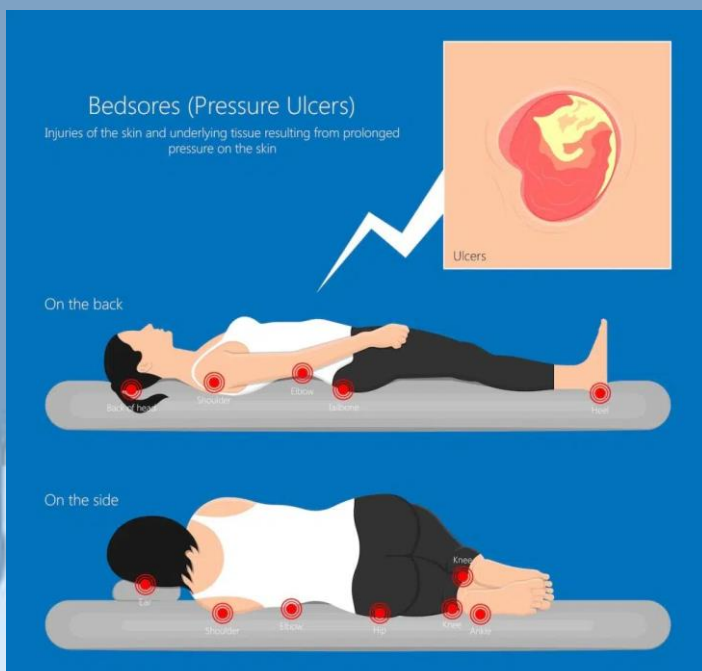
- Longitud, anchura y profundidad,
- Presencia de fistulas, tejido necrótico y exudados.
- Evidencia de curación como presencia de tejido de granulación.
- Fotografías secuenciales de las úlceras pueden ser de utilidad
- Temperatura.
- Presencia de edema.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano.

Ante Un Paciente Con Piel Oscura Se Recomienda Priorizar La Evaluación En:

- Temperatura de la piel.
- Presencia de edema.
- Cambios en la consistencia del tejido afectado en relación al sano.

Debido a que el eritema no siempre es fácil de identificar, los anteriores son indicadores importantes de daño prematuro en la piel en este grupo de pacientes.

- Se recomienda identificar la presencia de dolor como parte de evaluación de la piel ya que puede ser atribuido al daño por compresión.
- Se recomienda la inspección de la piel que están en contacto y alrededor de los dispositivos (colchón) por lo menos 2 veces al día, en búsqueda de signos de daño por presión.
- Se recomienda realizar evaluaciones frecuentes en pacientes vulnerables a retención hídrica y/o en aquellos que presentan edema periférico o generalizado.



Referencias

1. Encontrado en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion> (13 de junio 2024).
2. Encontrado en: <https://somosdisca.es/que-es-y-para-que-se-utiliza-la-escala-de-glasgow-gcs/> (13 de junio 2024).
3. Encontrado en: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/CristinaGil.pdf> (13 de junio 2024)
4. Encontrado en: <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/> (13 de junio 2024)
5. Encontrado en: <https://www.clinicaferrusbratos.com/sedacion-consciente/escala-ramsay-sedacion/#:~:text=La%20Escala%20de%20Ramsay%20sirve,aplicaci%C3%B3n%20sea%20insuficiente%20o%20excesiva.> (13 de junio 2024).
6. Encontrado en: <https://www.medintensiva.org/es-guia-practica-clinica-basada-evidencia-articulo-S0210569113000855> (13 de junio 2024).
7. Encontrado en: [https://campusvygon.com/es/escala-silverman/#:~:text=La%20escala%20de%20Silverman%20es,2%20\(signo%20cl%C3%ADnico%20presente\).](https://campusvygon.com/es/escala-silverman/#:~:text=La%20escala%20de%20Silverman%20es,2%20(signo%20cl%C3%ADnico%20presente).) (13 de junio 2024).
8. Encontrado en: <https://salupeques.com/c/recursos/escalas-test-de-valoracion-salud-ninos/test-o-escala-de-silverman> (13 de junio 2024).
9. Encontrado en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf> (13 de junio 2024).
10. Encontrado en: <https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20DOLOR%20AGUDO.pdf> (13 de junio 2024).
11. Encontrado en: [https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/4892/7429?inline=1#:~:text=Test%20de%20Capurro,buscada%20\(Santiago%2C%202021\).](https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/4892/7429?inline=1#:~:text=Test%20de%20Capurro,buscada%20(Santiago%2C%202021).) (13 de junio 2024).
12. Encontrado en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/apgar-scores.aspx> (13 de junio 2024).
13. Encontrado en: <https://www.natalben.com/primeros-cuidados-recien-nacido> (13 de junio 2024).
14. Encontrado en: <https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton> (13 de junio 2024).
15. Encontrado en: https://www.aeeto.es/images/Procedimientos/Procedimiento_%20Prevencion_Caidas.pdf (13 de junio 2024).
16. Encontrado en: <https://ifses.es/como-se-mide-la-escala-braden/> (13 de junio 2024).
17. Encontrado en: <http://www.facmed.unam.mx/sg/css/GPC/SIDSS-GPC/gpc/docs/IMSS-104-08-ER.pdf> (13 de junio 2024).
18. Encontrado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf> (13 de junio 2024).