



Mi Universidad

súper nota

Nombre del Alumno FRANCISCO AGUSTIN CANTORAL ALVAREZ

Nombre del tema ESCALAS DE VALORACION

2 Parcial

Nombre de la Materia PRACTICAS PROFESIONALES

Nombre del profesor ALFONSO VELAZQUEZ RAMIREZ

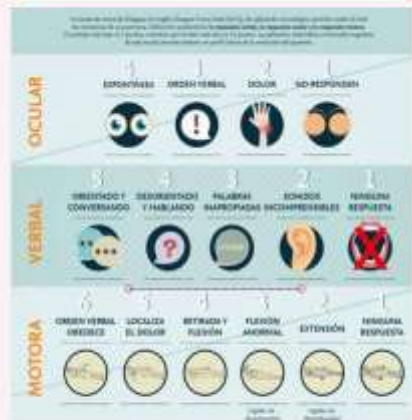
Nombre de la Licenciatura ENFERMERIA

9 Cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas; 15 de junio del 2024

ESCALAS DE VALORACIÓN

Escala de coma de Glasgow



Categorización de la gravedad encefalica

15-14	Leve
13-10	Modera
9-7	Grave

La GCS es una herramienta con la cual se valora el nivel de consciencia de un paciente. Esta evalúa 2 aspectos de la consciencia.

1. El estado de alerta, que consiste en estar consciente del entorno en el que se encuentra.
2. El estado cognoscitivo, que demuestra la comprensión de lo que ha dicho el evaluador a través de una capacidad por parte de la persona para obedecer órdenes.

Intervenciones de enfermería

- Se recomienda la monitorización de la presión intracraneal (ICP) y de la presión de perfusión cerebral (CPP) como parte de la atención basada en el protocolo en pacientes que están en riesgo de presión intracraneal elevada en función de características clínicas y / o de imagen
- La posición de la cabeza se debe mantener de 15 a 30 grados de inclinación en pacientes hemodinámicamente estables, en línea media, evitando la rotación y la flexo extensión del cuello (estas medidas mejoran el retorno venoso a través de las venas yugulares).
- Evaluar el uso de collarín cervical y la fijación adecuada del tubo endotraqueal, evitando la excesiva compresión del cuello.
- Utilizar soluciones salinas isotónicas como el suero salino 0.9%.
- Llevar control de líquidos de manera horaria.
- Mantener niveles de hemoglobina ≥ 10 gr/dl.
- Mantener SaO₂ $\geq 95\%$.



La Escala de Ramsay sirve para evaluar el grado de sedación al que sometemos a un paciente.

Su objetivo es controlar el nivel de sedación de un paciente para evitar que su aplicación sea insuficiente o excesiva.

Así, se aplica la dosis óptima siempre bajo la supervisión de un profesional formado en esta especialidad.

Intervenciones de enfermería

- Monitorización de la sedación.
- Sedoanalgesia adecuada.
- Interrupción diaria de la sedación.
- Identificación del delirio.
- Existencia de protocolos para el manejo del dolor

Una de las funciones de la enfermería es intentar prevenir estados de delirio mediante intervenciones específicas:

- Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente.
- Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo.
- Conversación sobre cuestiones de actualidad o interés.

Manejo de la vía aérea

- Abrir a vía aérea mediante la técnica de elevación de la barbilla o pulsión mandibular, según corresponda.
- Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.

ESCALA SILVERMAN



El Test de Silverman-Anderson evalúa la dificultad respiratoria en recién nacidos mediante la asignación de puntuaciones de 0 a 10, donde mayores puntuaciones indican mayor dificultad. Los bebés con puntuaciones de 7-10 probablemente requerirán soporte respiratorio. La prueba debe realizarse dentro de la primera hora de vida, especialmente en prematuros o bebés con riesgos respiratorios.

Intervenciones de enfermería

- Despejar las vías aéreas, garantizando la respiración y circulación correcta del aire.
- Ofrecer oxígeno humidificado de forma asistida. Este debe ser administrado de forma cuidadosa a fin de impedir los problemas relacionados a los altos niveles del mismo.
- Sostenimiento de la correcta temperatura.
- Administración de fluidos y electrolitos.
- Mantenimiento adecuado de la hemoglobina.
- Soporte respiratorio dado en forma de presión aérea positiva continua o ventilación obligada intermitente.

Aspectos evaluados son:

- Frecuencia respiratoria, desde menor de 60 por minuto hasta más de 80 por minuto.
- Cianosis, desde su ausencia hasta con más de 40%.
- Entrada de aire, desde una normal hasta una muy marcada.
- Retracciones subcostales, desde ninguna hasta una marcada

ESCALA DE 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 de enfermería

- Evaluar la intensidad del dolor y registrar
- Administrar la medicación analgésica según protocolo y volver a realizar la valoración del dolor
- Averiguar si el paciente presenta alergias o procesos que puedan agravarse por los efectos de determinados analgésicos
- Registrar alergias y/o intolerancias a los analgésicos
- Comprobar las órdenes médicas
- Seguir los cinco principios de la administración de la medicación
- Evaluar la capacidad de participación del paciente
- Enseñar al paciente a identificar los signos y síntomas relacionados con los efectos adversos de los analgésicos
- Enseñar al paciente a aliviar o prevenir ciertos efectos secundarios

ESCALA CAPURRO

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

El Test de Capurro es una herramienta utilizada en neonatología para determinar la edad gestacional de un recién nacido mediante la evaluación y puntuación de cinco parámetros fisiológicos como la forma de la oreja, el tamaño de la glándula mamaria, la formación del pezón, la textura de la piel y los pliegues plantares. La suma de las puntuaciones de estos parámetros más una constante permite calcular la edad gestacional estimada

Intervenciones de enfermería

- 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.

ESCALA APGAR

El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer. Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud.



Intervenciones de enfermería

El mantenimiento de la temperatura corporal se puede lograr a través de:

- Medir la temperatura cada 2 horas
- Colocar un gorro para evitar la pérdida de calor
- Colocar al RN en cuna de calor radiante o incubadora, vigilando el sensor de temperatura de la incubadora. (CUADRO 1)

Mantener un ambiente térmico neutro:

- Secar al Recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- Favorecer el contacto piel a piel con los padres en cuanto sea posible
- Mantener al Recién Nacido lejos de corrientes de aire
- Cubrir al Recién Nacido con una sabana precalentada
- Colocar gorro
- Utilizar cuna de calor radiante e incubadora

ESCALA CRITCHON

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	2			
TOTAL	10			
NIVEL DE RIESGO:	<table border="1"> <tr> <td>BAJO 0 a 1</td> <td>MEDIANO 2 a 3</td> <td>ALTO 4 a 10</td> </tr> </table>	BAJO 0 a 1	MEDIANO 2 a 3	ALTO 4 a 10
BAJO 0 a 1	MEDIANO 2 a 3	ALTO 4 a 10		

Intervenciones de enfermería

- Educación/salud
- Enseñar a utilizar una mecánica corporal adecuada
- No levantar pesos.
- Movilizar los objetos en paralelo.
- Utilizar la prensa abdominal para levantar pesos.
- Enseñar al paciente y cuidador a alinear correctamente las articulaciones durante los períodos de reposo: ligeramente flexionadas.
- Enseñar al paciente y cuidador un programa de ejercicios de movilización de las articulaciones y de fortalecimiento de la musculatura.
- Flexiones y extensiones de las extremidades superiores e inferiores.

Informar al anciano/familia de los aspectos que deben tener en cuenta con relación al calzado y al vestido para que resulten seguros:

- Utilizar calzado sólido con suelas antideslizantes (de goma, no de cuero).
- Evitar zapatos y zapatillas mal ajustados y con

ESCALA BRADEN



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 cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices.

Intervenciones de enfermería

- Evitar en lo posible que el paciente se apoye sobre sus zonas de riesgo.
- Mantener la alineación corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente, ya sea sentado o acostado. ☒ Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, usando cojines, almohadas u otras superficies blandas.
- Utilizar superficies blandas para eliminar la presión sobre los talones.
- Evitar el arrastre. Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción utilizando para ello diferentes elementos como sábanas, traveseras o grúas. ☒ En decúbito lateral, no sobrepasar los 30º de giro para evitar apoyar directamente sobre el trocánter.

Referencias bibliograficas

1. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005
2. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GER.pdf>
3. <https://www.clinicaferrusbratos.com/sedacion-consciente/escala-ramsay-sedacion/>
4. <https://core.ac.uk/download/pdf/211107816.pdf>
5. <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico>
6. <file:///C:/Users/52932/Downloads/Dialnet-EscalaDeSilvermanEnLaDificultadRespiratoriaNeonata-7402228.pdf>
7. <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
8. <https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20DOLOR%20AGUDO.pdf>
9. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/4892/7429?inline=1>
10. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf>
11. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n1/comunicacion2.pdf>
12. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005#:~:text=La%20Escala%20de%20Braden%20consta,los%20apartados%20de%20estos%20sub%20C3%ADndices.
- 13.

