



Nombre Del Alumno: Yessica De La Cruz Gómez Bernal

Nombre Del Tema: Escalas de Valoración

Parcial: 2°

Nombre De La Materia: Practicas Profesionales

Nombre Del Profesor: Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre De La Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9°

Escalas de Valoración

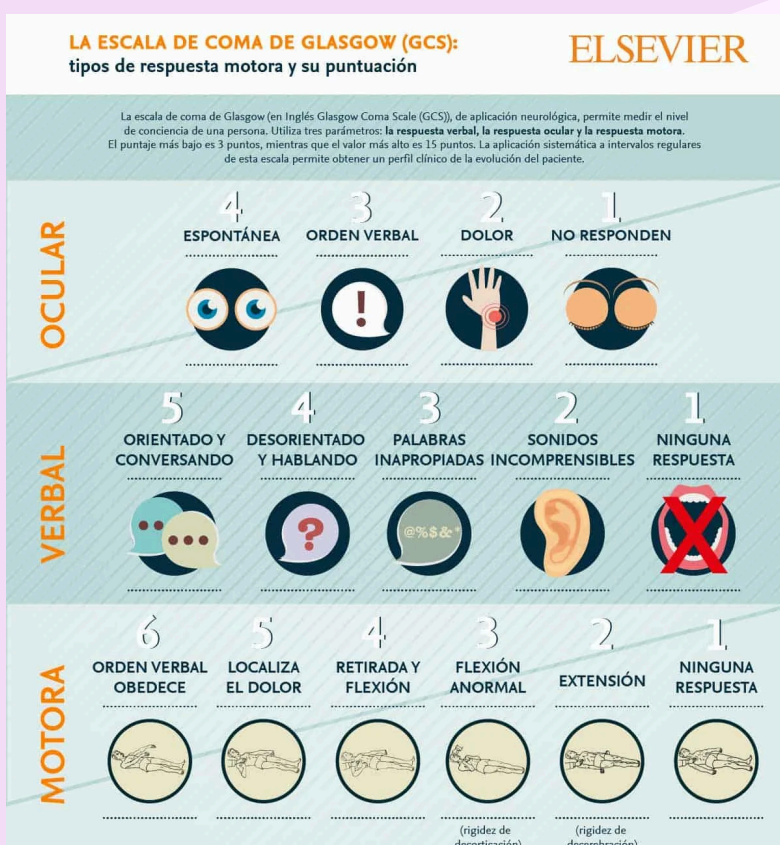
Escala de Glasgow

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.

Intervenciones de Enfermería

- Control diario del peso del paciente y medición de altura a su ingreso.
- Colocación y mantenimiento de SNG según protocolo (sonda orogástrica en pacientes con fractura de base de cráneo).
- Comprobación radiografía de tórax tras colocación SNG.
- Control del residuo gástrico cada 6 h. • Realización de analíticas en sangre y en orina de 24 h. para control nutricional.
- Control de glicemia cada 6h.
- Posición de la cabecera del paciente a 30° (si tolera y no existe contraindicación).
- Cambio de equipo NE /NPT según protocolo



Que Evalúa la Escala de Glasgow

Utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.

Escala de Ramsay

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

El exceso de medicación en una sedación consciente, tanto como su falta, puede provocar riesgo en la salud o dolores intensos en el paciente

Intervenciones de Enfermería

- Reposiciona la cabeza del paciente
- Realiza aspiración
- Inserta una cánula bucal
- Indica al paciente que haga una respiración profunda
- Estimula al paciente frotando sus brazos o piernas
- Administra oxígeno
- Ventila manual mente con un dispositivo de bolsa - válvula - mascara
- Mantén la vía aérea, respiración y circulación
- Ventila manualmente con un dispositivo de bolsa - válvula - mascara, en caso necesario
- Ten a la mano fármacos para revertir la sedación
- Monitoriza el estado respiratorio hasta que se estabilice



Que Evalúa la Escala de Ramsay

El grado de sedación en pacientes para evitar la insuficiencia respiratoria o su exceso.

Escalas de Valoración

Escala de Silverman

Es una Puntuación obtenida por el recién nacido en la prueba de Silverman-Anderson, realizada por un profesional de la salud, para evaluar la dificultad respiratoria del recién nacido.

Intervenciones de Enfermería

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las respiraciones
- Medir la temperatura cada 2 horas
- Colocar al recién nacido en cuna de calor radiante o incubadora vigilando el sensor de la incubadora
- Observar si ahí signos y síntomas de hipotermia o hipertimia
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea
- preparar el equipo de oxígeno y administración a través de un sistema calefactado y humidificado
- Vigilar el flujo del litro de oxígeno
- Comprobar la pasión del dispositivo del aporte de oxígeno
- Auscultar los sonidos respiratorio
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran
- Instaurar tratamiento de terapia respiratoria, según prescripción medica
















Escala de Eva

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad

Intervenciones de Enfermería

- Valorar adecuadamente el síntoma dolor
- Utilizar los instrumentos disponibles para medir su intensidad
- Disponer del conocimiento necesario que le permita administrar el tratamiento indicado de forma eficaz
- Evaluar y registrar la respuesta al tratamiento
- Modificar las medidas del control del dolor en función de la respuesta del paciente al tratamiento
- Alentar al paciente a que controle su propio dolor y a que utilice enfoques de autocontrol
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y lo provocan.

		0 Puntos	1 Punto	2 Puntos
1	ALETEO NASAL	 AUSENTE	 MÍNIMO	 MARCADO
2	QUEJIDO ESPIRATORIO	 AUSENTE	 AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO	 AUDIBLE
3	TIRAJE INTERCOSTAL	 AUSENTE	 MÍNIMO	 MARCADO
4	DISOCIACIÓN TORACOABDOMINAL	 SINCRONIZADO	 RETRASO EN INSPIRACIÓN	 BAMBOLEO
5	RETRACCIÓN ESTERNAL	 AUSENTE	 MÍNIMO	 MARCADO

TOTAL: ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___

Puntuación 10 = Dificultad respiratoria grave
Puntuación ≥ 7 = Insuficiencia respiratoria inminente
Puntuación 0 = Sin dificultad respiratoria

Que Evalúa la Escala de Silverman

Evalúa el patrón Respiratorio de la persona recién nacida

Escala de EVA

Valoración del dolor



Que Evalúa la Escala de Eva

Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

Escalas de Valoración

Escala de Capurro

El test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato.

El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos Y 2 NEURONALES y diversas puntuaciones que, combinadas entre sí, dan la estimación buscada

Intervenciones de Enfermería

- Pesar y medir al recién nacido
- Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional
- Medir perímetro cefálico
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se establezca
- Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar
- Comprobar la capacidad de succión del recién nacido
- Vigilar el peso del recién nacido
- Mantener un registro preciso de ingesta y eliminación

Escala de Apgar

Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento. Su utilización está generalizada en gran número de países.

Intervenciones de Enfermería

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
- Auscultar los sonidos respiratorios
- Valorar el llenado capilar y los cambios en la piel como cianosis, edema, hipertermia, hipotermia y diaforesis
- Proporcionar al niño periodos suficientes de reposo para disminuir la precarga cardíaca
- Reconocer los signos y síntomas de episodios cianóticos, disnea taquipnea, bradicardias o convulsiones
- Administrar medicaciones según se indiquen (antibióticos, digitálicos, betabloqueantes
- Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar

Test de CAPURRO (A) Valoración de la edad Gestacional					
Forma de la oreja	Pabellón de deformación plana no curvado 0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior 8	Pabellón incurvado en el borde superior 16	Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de las glándulas mamarias	No palpable 0	Palpable menor a 5 mm 5	Palpable entre 5 y 10 mm 10	Palpable mayor de 10 mm 15	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5mm Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde no levantado 10	Diámetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde levantado 15	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa 0	fina lisa 5	Más gruesa Desamación superficial discreta 10	Gruesa, Grietas superficiales Desamación en manos y pies 15	Gruesa Grietas profundas apergamizadas 20
Pliegues Plantares	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en 1/2 anterior 5	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en 1/3 anterior 10	Surcos en la 1/2 anterior 15	Surcos en mas de la 1/2 anterior 20
Signos Neurológicos		La valoración de CAPURRO A se usa en recién nacidos que presentan signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica			
Signo de la bufanda	0	6	12	18	
Caída de la cabeza	0	4	8	12	

Visita: yoaenfermeriablog.com

> 270 grados 180 a 270 180 grados < 180 grados

Que Evalúa la Escala de Crichton

Evalúa edad gestacional al momento del nacimiento.

Escala de APGAR				
A	P	G	A	R
aparência	pulso	gesticulação	atividade	respiração
0 Cianose	0 Sem pulso	0 Sem resposta	0 Nenhuma atividade	0 Ausente
1 Cianose nas extremidades	1 <100	1 Careta	1 Pouca atividade	1 Fraco ou irregular
2 Ausência de cianose	2 >100	2 Choro ou espirro	2 Muita atividade	2 Forte, choro vigoroso
PONTUAÇÃO				
✓ 7-10 Normal		⚠ 4-6 Depressão moderada		💡 0-3 Depressão grave

Que Evalúa la Escala de Apgar

Evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.

Escalas de Valoración

Escala 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 lesiones.

Intervenciones de Enfermería

- Identificar deficiencias cognitivas o físicas del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
- Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caídas
- Revisar la historia de caída con el paciente y familia
- Identificar las características del ambiente que pueda aumentar la posibilidad de caídas (suelos resbaladizos y escaleras y banderillas)
- Bloquear las ruedas de las sillas, cama u otros dispositivos en la transferencias del paciente
- Instruir al paciente para que ayude si lo resisa
- Utilizar las técnicas adecuadas para levantar, acostar y mover al paciente

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:	BAJO 0 a 1	MEDIANO 2 a 3	ALTO 4 a 10

Que evalúa la Escala de Crichton

Valoración de la piel, estado nutricional, riesgo caídas, secreciones vías aéreas.

Escala de 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

- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca
- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad
- Examinar el estado de la piel a diario (durante el aseo, cambios posturales)
- Identificar los estados de riesgos
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para zonas de riesgo
- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades

ESCALA BRADEN					
PUNTOS		1	2	3	4
ESCALA BRADEN	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 h.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama síg. deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>	
NIVELES DE RIESGO		ALTO RIESGO ≤12	RIESGO MODERADO ≤14	RIESGO BAJO ≤16	

Que Evalúa la Escala de Braden

La Escala de Braden mide la probabilidad de que un paciente desarrolle una úlcera por presión (UPP).

Referencia Bibliográfica

1. <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/CristinaGil.pdf>
2. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion>
3. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4Q7HLkkjLkHXffg64DVGsG/?format=pdf&lang=es>
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-analisis-4-escalas-valoracion-sedacion-13141479>
5. [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)
6. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800014
7. <https://pypclinic.com/corporal/escala-de-ramsay-en-sedacion-que-es-y-para-que-se-utiliza>
8. https://ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf
9. <https://es.scribd.com/doc/106665234/Crichton-Para-Los-Servicios>
10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004