

Nombre del Alumno: José Andrés cantoral acuña

Nombre del tema: súper nota de las escalas de valoración

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Practicas profesionales

Nombre del profesor: ALFONSO VELAZQUEZ RAMIREZ

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9-º



Mi Universidad

ESCALA DE VALORACIÓN

Es muy similar a la lista de control, pero se diferencia de esta en que permite realizar una evaluación graduada de la conducta o rasgo observado. Se describe el grado de intensidad o frecuencia de una conducta o característica.

(ESCALA DE GLASGOW)

OBJETIVO Proporcionar los conocimientos necesarios para valorar el nivel de conciencia del paciente

ESCALA DE GLASGOW

Escala neurológica que permite el nivel de conciencia de un paciente.

OCULAR	4	3	2	1
ESPONTANEA	AL SONIDO	A LA PRESIÓN	NINGUNA	
Abre antes del estímulo	Tras decir o girar la orden	Tras estímulo en la punta del dedo	No abre los ojos No hay factor que interfiera	

VERBAL	5	4	3	2	1
ORIENTADO	CONFUSO	PALABRAS	SONIDOS	NINGUNA	
Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha	No orientado Confusión coherente	Palabras sueltas Ininteligibles	Solo gemidos y quejidos	No se oye respuesta No hay factor que interfiera	

MOTOR	6	5	4	3	2	1
OBEDESE ÓRDENES	LOCALIZA	FLEXION NORMAL	FLEXION ANORMAL	EXTENSION	NINGUNA	
Obedece con ambos lados	Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada	Dobla brazo sobre codo rápidamente	Dobla brazo sobre codo. Características anormales	Extiende el brazo	No hay movimientos	

Bibliografía
Neurología, M. B. 30 de 07 de 2010. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (IISGM). Obtenido de Hospital General Universitario Gregorio Marañón (IISGM). <http://www.apapm.org/temas/neurologia/Neurologia%20IISGM.pdf>

Como base para el seguimiento después de la lesión, mientras más pronto se realice la valoración de Glasgow es mejor, reconociendo que es probable que en muchos casos la capacidad de respuesta pueda variar durante las primeras horas después del traumatismo.

La **Escala de Ramsay** es una herramienta subjetiva que sirve para medir el nivel de sedación al que se puede someter a un paciente

Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

@Creative_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos

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.

TEST DE SILVERMAN

0 puntos: No hay dificultad respiratoria
 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
expansión coordinada 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS
retraso en la inspiración 1 PUNTO	débil 1 PUNTO	poco visible 1 PUNTO	mínimo 1 PUNTO	audible con fonendoscopio 1 PUNTO
expansión descoordinada 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	audible 2 PUNTOS

la evaluación de la dificultad respiratoria en bebés, especialmente en situaciones relacionadas con el Síndrome de Dificultad Respiratoria.

La escala de **Silverman** (William Silverman y Dorothy Andersen 1956) es muy utilizada en las UCINs 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. El diagnóstico precoz es fundamental para instaurar las medidas oportunas y pertinentes para evitar este problema y otras complicaciones que pueden derivarse de un patrón respiratorio ineficaz.

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.

Erefi

cerefa spa

0 1 leve 2 3 4 moderado 5 6 7 8 severo 9 10























No dolor mucho dolor

Made with PosterMyWall.com

se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos, como el dolor. La escala visual analógica para el dolor es una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar

capurro

Cuando se está ante un recién nacido, después de la asistencia primaria se procede a valorar la edad de gestación, para que de acuerdo con ésta y la somatometría, estimar las curvas de crecimiento intrauterino y así conocer los riesgos de los niños recién nacidos según su edad de gestación y sus características al nacer

(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
DE RIESGO	 0	 5	 10	 15	 20

Actualmente estas escalas se aplican cuando se desconoce la fecha del último periodo 3 menstrual y en los que no se cuenta con la determinación de la edad gestacional por somatometría por ultrasonido antenatal.

Test de Apgar

Signo	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPOVENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS, BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

Se valora a la persona recién nacida al minuto y a los 5 minutos.

Sin depresión: 7 a 10 puntos. Depresión moderada: 4 a 6 puntos. Depresión severa: 3 puntos o menos.

El test de Apgar

Evalúa la vitalidad del niño y valora de forma objetiva y cuantitativa, mediante cinco criterios, el nivel de madurez de desarrollo y el buen estado fisiológico del recién nacido. Dichos criterios se resumen en la Tabla 1 y son: la medida de la frecuencia cardiaca, la respuesta o esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja (paso de catéter nasal) y el color de la piel. A cada uno de los parámetros testados se le da una puntuación de 0 a 2, y la suma de todas ellas, se conoce como índice de Apgar.

Escala de comportamiento de Crichton Royal (CRBRS) (25): contiene 10 ítems que miden aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo. Cada ítem tiene cinco categorías de calificación, considerando 0 puntos no-empeoramiento y 4 puntos severo empeoramiento (Anexo I)

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</td> <td>MEDIANO</td> <td>ALTO</td> </tr> <tr> <td>0 a 1</td> <td>2 a 3</td> <td>4 a 10</td> </tr> </table>	BAJO	MEDIANO	ALTO	0 a 1	2 a 3	4 a 10
BAJO	MEDIANO	ALTO					
0 a 1	2 a 3	4 a 10					

Escala de funcionalidad de Crichton, empleada en población adulta. Ésta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes¹⁰.

Por lo general, la prueba de Apgar (también conocida como "test de Apgar") se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento, y de nuevo, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante, se puede evaluar al bebé por tercera vez.

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.

La primera evaluación se realizará antes de 6 horas posterior al ingreso del paciente; y posteriormente se aplicará diariamente durante toda la hospitalización del paciente.

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

@Creative_Nurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sedación - No reacción ante dolor - Capacidad sensorial	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
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 o pocas, 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)

©2017. <http://www.creative-nurse.com> / <http://www.derechos.org/nizkor/braden/>

Fuente:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005#:~:text=%C2%BFCu%C3%A1ndo%20valorar%20la%20GCS%3F,en%20cuenta%20la%20patolog%C3%ADa%20primaria.

<https://www.svneurologia.org/fc/ictusescalas.pdf>

<https://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>

<https://www.clinicaferrusbratos.com/sedacion-consciente/escala-ramsay-sedacion/#:~:text=La%20Escala%20de%20Ramsay%20es,Descubre%20c%C3%B3mo%20funciona.&text=dental%20%2F%20Sedaci%C3%B3n%20Consciente-,La%20Escala%20de%20Ramsay%20es%20una%20herramienta%20subjetiva%20que%20sirve,puede%20someter%20a%20un%20paciente.>

<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n39/1409-4568-enfermeria-39-15.pdf>

<https://www.clinicaferrusbratos.com/sedacion-consciente/escala-ramsay-sedacion/>

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/eva>

http://repositorio.pediatrica.gob.mx:8180/bitstream/20.500.12103/15/1/tesis2009_17.pdf

<https://kidshealth.org/es/parents/apgar.html#:~:text=Por%20lo%20general%2C%20la%20prueba,al%20beb%C3%A9%20por%20tercera%20vez.>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726393#:~:text=Escala%20de%20funcionalidad%20de%20Crichton,factores%20de%20riesgo%20evidentes10.>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005#:~:text=La%20Escala%20de%20Braden%20consta,los%20apartados%20de%20estos%20sub%C3%ADndices.