

*Nombre del Alumno: Diana Patricia Castillejos López*

*Nombre del tema: Escala de valoración*

*Parcial: Segundo parcial*

*Nombre de la Materia: Prácticas profesionales*

*Nombre del profesor: Alfonzo Velázquez Ramírez*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería*

*Cuatrimestre: Noveno cuatrimestre*

## Escala de valoración

Una escala de valoración, apreciación o Likert es una pauta de evaluación que atiende al nivel de presencia de un desempeño concreto. El nivel de logro de los estudiantes frente al desempeño establecido se valora mediante una escala graduada. Existen escalas numéricas (Ej. 1,2,3,4), verbales (Ej. Muy Bueno, Bueno, Deficiente), o mixta.

### Escala de Glasgow

La **Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS))** 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.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW					
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora			
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece	6
Ao chamado	3	Confuso	4	Localiza	5
À dor	2	Palavras	3	Flete	4
Ausente	1	Sons	2	Flexão Anormal	3
		Ausente	1	Extensão	2
				Ausente	1
Soma dos critérios avalia o nível consciência = 3 a 15					

La Escala de Coma 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. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos.

La GCS como prueba diagnóstica muestra altos niveles de especificidad y sensibilidad en pacientes con desorden del nivel de conciencia. El uso de GCS facilita el diagnóstico en pacientes con lesiones cerebrales leves, esto es especialmente importante en los países en desarrollo económico, donde la GCS se puede constituir en el estándar de oro para determinar la presencia o ausencia de una lesión cerebral

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.

Mide cinco parámetros fácilmente evaluables, asignándole a cada uno una puntuación que va de 0 (signo clínico ausente) a 2 (signo clínico presente). Todas las variables para evaluar deben hacerse en menos de 30 segundos.



### ESCALA DE RAMSAY

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.

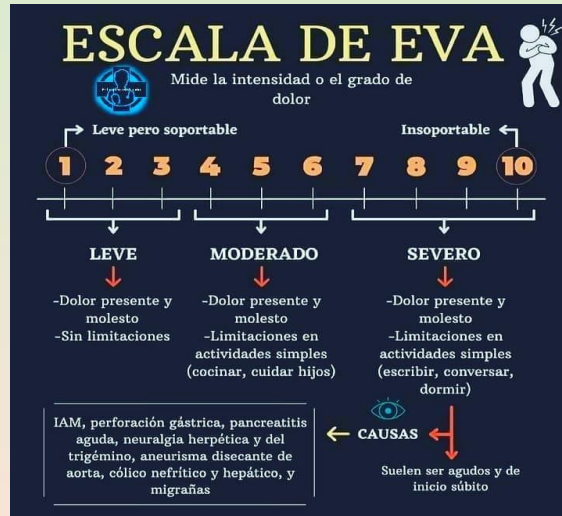


se desarrolló inicialmente con el fin de valorar el nivel de conciencia en politraumatizados, aunque su uso se ha extendido para la valoración de pacientes con disminución del nivel de conciencia por otras causas.

# ESCALA DE VALORACION

## 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. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, Moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.



El paciente puntúa su dolor del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable.

Escala categórica verbal del dolor. El paciente elige la palabra que mejor describa la intensidad de su dolor.

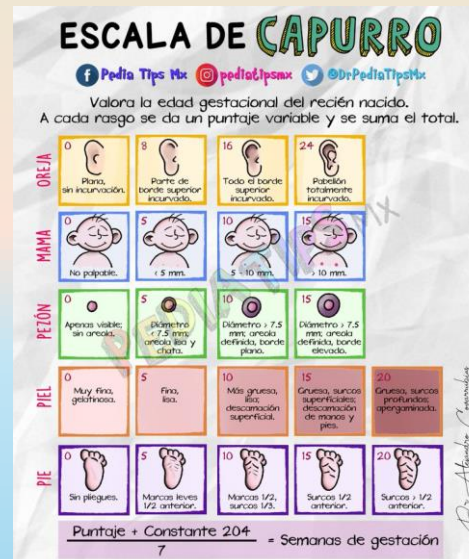
Se conoce también como escala facial de Wong y Baker. Se utiliza sobre todo en la edad pediátrica y muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto, a cada una de las cuales se le asigna un número del 0 (no dolor) al 6 (máximo dolor).

## TEST DE CAPURRO

En neonatología, el **test de Capurro** (o **método 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.

La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional:

Postmaduro	42 semanas o más.
A término	entre 37 y 41 semanas.
Prematuro leve	entre 35 y 36 semanas.
Prematuro moderado	entre 32 y 34 semanas.
Prematuro extremo	menos de 32 semanas.



La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. También ayuda a medir qué tan bien responde el bebé si se necesita resucitación justo después del nacimiento.



## Resultados normales

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. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

# ESCALA DE CRICHTON

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](#)). El nivel de mayor deterioro corresponde a 38 puntos.

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	MEDIO	BAJO
4 a 10 puntos	2 a 3 puntos	0 a 1 puntos

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	MEDIANO	ALTO
	0 a 1	2 a 3	4 a 10

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.

**ESCALA de BRADEN**

**Percepción sensorial**

- 1: Comportamiento limitado. "Nivel" de conciencia reducido. No reacción ante dolor "perceptible" ambiental.
- 2: Muy limitada. Reacciona solo ante estímulos "obvios". No comienza a moverse "rápidamente".
- 3: Ligeramente limitada. Reacciona ante órdenes verbales. No siempre comienza a moverse. Alguna dificultad sensorial.
- 4: Sin limitaciones. Responde a órdenes verbales. Sin déficit sensorial.

**Exposición a la humedad**

- 1: Constantemente húmeda. Cuando se detecta humedad, cambia una vez que se empieza a girar al paciente.
- 2: A menudo húmeda. Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.
- 3: Ocasionalmente húmeda. Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día.
- 4: Raramente húmeda.

**Actividad**

- 1: Encamado.
- 2: En silla.
- 3: Deambula "frecuentemente".
- 4: Deambula frecuentemente.

**Movilidad**

- 1: Completamente inmóvil.
- 2: Muy limitada.
- 3: Ligeramente limitada.
- 4: Sin limitaciones.

**Nutrición**

- 1: Muy pobre.
- 2: Probablemente inadecuada.
- 3: Adecuada.
- 4: Excelente.

**Fricción y cizallamiento**

- 1: Problema.
- 2: Problema potencial.
- 3: No existe problema aparente.

**Riesgo UPP**

- Alto <= 12 puntos
- Moderado 13-14 puntos
- Bajo 15-18 Puntos (15-17 años) / 15-18 Puntos (18-75 años)

*@senfermeria*

Escala de valoración de la piel según los cuatro estadios de desarrollo de las úlceras (26).

Valoración del estado nutricional: a) Índice de masa corporal (IMC); b) Factores que influyen en la alimentación: dieta, masticación, dentadura postiza, estado de las encías.

Valoración riesgo de caídas: se evaluaron las variables: marcha, equilibrio, seguridad al deambular, tono muscular, utilización de gafas, fármacos depresores, calzado adecuado, antecedentes de caídas.

Valoración de presencia de secreciones en vías aéreas: tos, expectoración y auscultación pulmonar.

Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntuaba de 1 a 3). Por lo tanto, una puntuación inferior a 12 puntos será considerada como de alto riesgo de aparición de UPP. Entre los 13-14 puntos el riesgo será moderado. Tendrán un riesgo bajo aquellos que obtengan una puntuación entre 15-18 puntos, aunque se tendrá en cuenta la edad de la persona que estamos valorando.

## Referencia bibliografica

1. Obtenido de: [ficha\\_escala\\_de\\_valoracion.pdf \(udd.cl\)](#)
2. Obtenido de: [Evaluación del nivel de conciencia: Escala de Coma de Glasgow. \(elsevier.com\)](#) (12-06-2024)
3. Obtenido de: [Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado \(scielo.org.mx\)](#) (12-06-2024)
4. Obtenido de: [Escala de Ramsay en sedación: ¿para qué sirve? | Ferrus&Bratos \(clinicaferrusbratos.com\)](#) (12-06-2024)
5. Obtenido de: [Grado de conciencia y sedación en UCI: ¿Escala de Ramsey o de Glasgow? \(ESP\) – elenfermerodelpendiente](#) (12-06-2024)
6. Obtenido de: [Valoración del patrón respiratorio del recién nacido: la escala de Silverman \(campusvygon.com\)](#) (12-06-2024)
7. Obtenido de: [escalas\\_de\\_evaluacion\\_del\\_dolorsubido.pdf](#) (12-06-2024)
8. Obtenido de: [Test de Capurro - Wikipedia, la enciclopedia libre](#) (12-06-2024)
9. Obtenido de: [La prueba de Apgar: MedlinePlus enciclopedia médica](#) (12-06-2024)
10. Obtenido de: [Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos \(isciii.es\)](#) (12-06-2024)
11. Obtenido de: [Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión \(isciii.es\)](#) (12-06-2024)