

*Nombre del alumno: Verónica Mariana Hernández Rincón.*

*Nombre del tema: Escalas de Valoración*

*Parcial: Segundo Parcial.*

*Nombre de la materia: Prácticas Profesionales*

*Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.*

*Nombre de la licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: Noveno Cuatrimestre.*



**SUPER NOTA**

*Pichucalco, Chiapas a 15 de junio del 2024.*

# 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

1. Comprobar la identidad del paciente.
2. Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
3. Requerir la atención del paciente.
4. Higiene de las manos.
5. Colocar al paciente en posición cómoda.
6. Anotar en el plan de cuidados la periodicidad de la aplicación de la escala de Glasgow.
7. Registrar la puntuación obtenida en la gráfica de signos vitales.
8. Registrar las variaciones y las medidas adoptadas en las observaciones de enfermería.

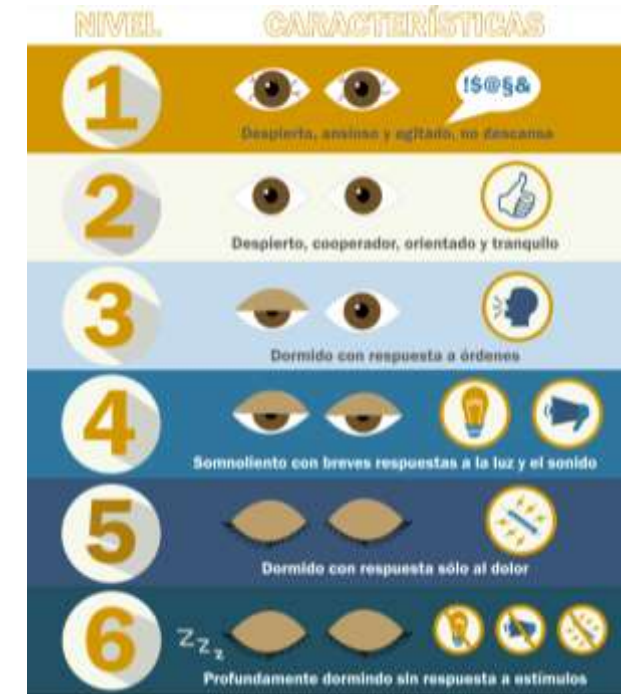
### Como se evalúa

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada una.

**Puntuación: 15 Normal**  
**< 9 Gravedad**  
**3 Coma profundo**

## Escala de Ramsay

Es una herramienta clínica utilizada para evaluar el nivel de sedación en pacientes sometidos a diferentes procedimientos médicos. La escala consta de seis niveles, que van desde el paciente completamente despierto (nivel 1) hasta la ausencia total de respuesta a estímulos (nivel 6).



### Intervenciones

1. Monitorización de la sedación y la analgesia
2. Mantener el mayor grado de comunicación con el paciente.
3. Explicar al paciente su enfermedad y todos los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo.
4. Conversación sobre cuestiones de actualidad o interés.
5. Control del dolor después de la sedación
6. Valorar el nivel de sedación
7. Controlar los signos vitales y nivel de sedación a intervalos regulares y registrarlo.

### Como se evalúa

La escala Ramsay se caracteriza por presentar seis niveles, los cuales van a permitir identificar el nivel de sedación desde el menor al mayor grado. Los mismos se van identificando dependiendo del nivel de reacción que el paciente tenga a diferentes estímulos.

# Escalas de Valoración

## Escala de Silverman



Es una herramienta esencial utilizada por los profesionales de la salud para evaluar diversos indicadores respiratorios en los bebés y niños.

### Como se evalúa

- 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.

### Intervenciones

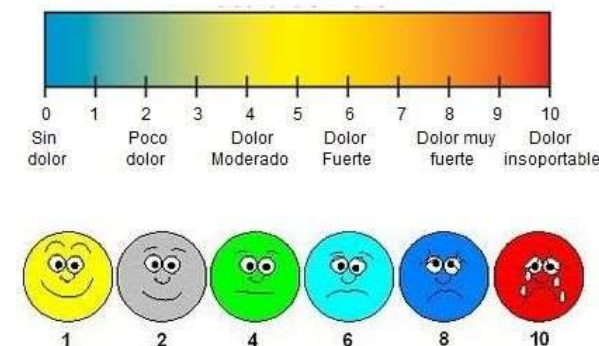
1. Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
2. Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.
3. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
4. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
5. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial).
6. Colocación de un tubo de respiración en la tráquea del bebé.
7. Surfactante artificial. Esta es la opción que más ayuda si se comienza a usar en las primeras seis horas después del nacimiento.

- 1-3: Dificultad respiratoria leve
- 4-6: Dificultad respiratoria moderada
- 7-10: Dificultad respiratoria severa

## Escala de Eva

Consiste en una línea de 10 centímetros. El paciente elegirá un valor entre el uno y el diez para describir el dolor que siente. Posteriormente, se deberán hacer las pruebas pertinentes que lo confirmen. Dependiendo de sus resultados, se elegirá el tratamiento más adecuado.

### Escalas de dolor



### Intervenciones

1. Aplicar protocolo de analgesia y evaluar efectividad del tratamiento
2. Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor
3. Favorecer el descanso, evitar procedimientos innecesarios
4. Comprobar y mantener vía venosa permeable
5. Seguir los cinco principios de la administración de la medicación
6. Evaluar la capacidad de participación del paciente
7. Enseñar al paciente a identificar los signos y síntomas relacionados con los efectos adversos de los analgésicos

### Como se evalúa

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.

# Escalas de Valoración

## Escala 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 diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.






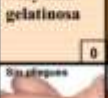





### Como se evalúa

#### Valoración de CAPURRO B.

Cuando el niño está sano y tiene ya más de 12 horas de nacido, se emplean sólo los datos somáticos (físicos), luego se suman las calificaciones obtenidas de los datos somáticos, adicionando una constante (K) de 200 días, con objeto de obtener la estimación de la edad de gestación. A la puntuación que nos da, se le suma 200 y se divide entre 7.

#### Valoración de CAPURRO A.

En recién nacido o cuando el niño tiene signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica se usan las cinco observaciones somáticas, se agrega una constante (K) de 204 días para obtener la edad de la gestación y toda esta valoración se lleva de cinco a seis minutos. A la puntuación que nos da, se le suma 204 y se divide entre 7.

<b>Forma de la OREJA (Pabellón)</b>	 0	 5	 10	 15	 20
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>	 0	 5	 10	 15	 20
<b>Formación del PEZON</b>	 0	 5	 10	 15	 20
<b>TEXTURA de la PIEL</b>	 0	 5	 10	 15	 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	 0	 5	 10	 15	 20

### Intervenciones

1. Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice
2. Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar
3. Comprobar la capacidad de succión del recién nacido
4. Vigilar el peso del recién nacido
5. Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones
6. Pesar y medir al recién nacido
7. Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada
8. Medir el perímetro cefálico, torácico y abdominal.

## Escala de Apgar

Es un método de evaluación en los primeros minutos de la vida del bebé para detectar cualquier complicación tras el parto. De este modo, los médicos reaccionan inmediatamente y actúan en caso de que el bebé requiera de incubadora, reanimación, ingreso hospitalario etc.

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

### Como se evalúa

El procedimiento de Apgar se aplica dos veces: en el primer minuto tras el nacimiento se evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del parto y a los cinco minutos, se evalúa su adaptación al nuevo medio y su capacidad de recuperación.

En cada una de estas mediciones se valorarán los 5 parámetros anteriormente indicados: el tono muscular, el color de la piel, el ritmo cardíaco, los reflejos y la respiración del pequeño. En función de los resultados, en ocasiones, es necesaria una tercera evaluación a los diez minutos.

La puntuación de Apgar se encuentra entre 7 y 10 puntos, el bebé está dentro de la normalidad. Por el contrario, el bebé requerirá atención médica si el score de Apgar es inferior a 7 puntos. En caso de que la puntuación de Apgar sea inferior a 4 puntos, se trataría de una situación de urgencia.



### Intervenciones

- 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 for the care of late prete aire
- Cubrir al Recién Nacido con una sabana precalentada
- Colocar gorro
- Utilizar cuna de calor radiante e incubadora

# 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.

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
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

Riesgo de caída		
ALTO: 4 a 10 puntos	MEDIO: 2 a 3 puntos	BAJO: 0 a 1 puntos

### Como se evalúa

Evalúa el riesgo de caídas en adultos, considerando factores físicos, mentales, farmacológicos y socioculturales. Un puntaje alto indica un riesgo elevado, mientras que uno bajo indica un riesgo mínimo. Se pueden recomendar estrategias para prevenir caídas y reducir lesiones.

### Intervenciones

1. Ayudar a la deambulación de la persona inestable
2. Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar
3. Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados
4. Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente
5. Colocar la cama en la posición más baja
6. Disponer barandillas y apoyamanos visibles
7. Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo
8. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación

## 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.

CAMHE	1	2	3	4
<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b>	<b>COMPLETAMENTE LIMITADA</b> NIVEL DE CONCIENCIA Y CAPACIDAD SENSORIAL	<b>MUY LIMITADA</b> NO FORMIGA, MALESTAR, DEFICIT SENSORIAL	<b>LIGERAMENTE LIMITADA</b> HORMIGA MALESTAR, DIFICULTAD SENSORIAL	<b>SIN LIMITACIONES</b> BUENA COMUNICACION SIN DEFICIT SENSORIAL
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b>	<b>CONSTANTEMENTE HÚMEDA</b> SE DETECTA HUMEDAD AL TOCAR AL PACIENTE	<b>A MENUDO HÚMEDA</b> ROJA DE CAMA MUY HÚMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA POR EL DÍA)	<b>OCASIONALMENTE HÚMEDA</b> ROJA DE CAMA HUMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA TODOS LOS DÍAS)	<b>RARAMENTE HÚMEDA</b> CUANDO LA ROPA DE CAMA SE CAMBIA DE ROPA DE CAMA
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EN CAMA</b>	<b>EN SILLA</b>	<b>DEAMBULA OCASIONALMENTE</b>	<b>DEAMBULA FRECUENTEMENTE</b>
<b>MOVILIDAD</b>	<b>COMPLETAMENTE INMÓVIL</b>	<b>MUY LIMITADA</b>	<b>LIGERAMENTE LIMITADA</b>	<b>SIN LIMITACIONES</b>
<b>NUTRICIÓN</b>	<b>MUY POBRE</b> -3 RACIONES AVILINO, DETA LIQUIDA O SUERO Y A 1 DÍAS	<b>PROBABLEMENTE INADECUADA</b> -3 RACIONES RECIBE MENOS DE LA CANTIDAD OPTIMA DE UNA DETA LIQUIDA	<b>ADECUADA</b> -3 RACIONES RECIBE NUTRICION POR SÍO O POR VÍA ALIMENTARIAL	<b>EXCELENTE</b> -3 RACIONES COMER ENTRE HERAS Y NO RECIBIR SUPLEMENTOS
<b>FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO</b>	<b>PROBLEMA</b> REQUIERE MODERADA O MÁXIMA ASISTENCIA PARA SER MOVIDO	<b>PROBLEMA POTENCIAL</b> NO PUEDE ENRIENDENTE O REQUIERE DE MÁXIMA ASISTENCIA	<b>SIN PROBLEMA APARENTE</b> SE MUEVE EN LA CAMA Y EN LA SILLA CON INDEPENDENCIA	

### Intervenciones

- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Cambios posturales cada 2 ó 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche.
- Registro del programa de cambios posturales en la historia del paciente.
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas

### Como se evalúa

Se toman en cuenta los aspectos mencionados en la imagen. Cada uno de los aspectos ha de puntuarse entre uno y cuatro puntos. Posteriormente, se suman para certificar el diagnóstico.

La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo). Es importante conocer que con más de 14 puntos desaparece el riesgo.

## Lista de referencias

1. Encontrado en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion> (15 de junio del 2024)
2. Encontrado en: <https://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf> (15 de junio del 2024)
3. Encontrado en: <https://pypclinic.com/corporal/escala-de-ramsay-en-sedacion-que-es-y-para-que-se-utiliza/#:~:text=La%20Escala%20de%20Ramsay%20es%20una%20herramienta%20que%20se%20utiliza,de%20ansiedad%2C%20estr%C3%A9s%20o%20miedo.> (15 de junio del 2024)
4. Encontrado en: <https://revistamedica.com/escala-de-ramsay-que-es-aplicaciones-beneficios-limitaciones/#:~:text=En%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%2C%20la%20Escala%20de%20Ramsay,el%20tratamiento%20seg%C3%BAAn%20sea%20necesario.> (15 de junio del 2024)
5. Encontrado en: <https://salupeques.com/c/recursos/escalas-test-de-valoracion-salud-ninos/test-o-escala-de-silverman> (15 de junio del 2024)
6. Encontrado en: <https://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/06/A2.pdf> (15 de junio del 2024)
7. Encontrado en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=respiratory-distress-syndrome-rds-in-premature-babies-90-P05480> (15 de junio del 2024)
8. Encontrado en: <https://www.npunto.es/revista/16/papel-de-la-enfermeria-en-la-sedoanalgesia-del-paciente-critico> (15 de junio del 2024)
9. Encontrado en: <https://ifses.es/escala-eva/> (15 de junio del 2024)
10. Encontrado en: <https://www.fundacionsigno.com/bazar/1/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20DOLOR%20AGUDO.pdf> (15 de junio del 2024)
11. Encontrado en: <https://medicinamnemotecnias.blogspot.com/2015/01/metodo-de-capurro.html> (15 de junio del 2024)
12. Encontrado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf> (15 de junio del 2024)
13. Encontrado en: <https://www.reproduccionasistida.org/test-apgar/#en-que-consiste-el-test-de-apgar> (15 de junio del 2024)
14. Encontrado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf> (15 de junio del 2024)
15. Encontrado en: <https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton> (15 de junio del 2024)
16. Encontrado en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia\\_de\\_cuidados\\_riesgo\\_caidas.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia_de_cuidados_riesgo_caidas.pdf) (15 de junio del 2024)
17. Encontrado en: <https://ifses.es/como-se-mide-la-escala-braden/> (15 de junio del 2024)
18. Encontrado en: [http://congreso-enfermeria.es/libros/2012/salas/sala3/p\\_618.pdf](http://congreso-enfermeria.es/libros/2012/salas/sala3/p_618.pdf) (15 de junio del 2024)