



**Mi Universidad**

# **SUPER NOTA**

*Nombre del Alumno: Ingrid Villarreal Sanchez*

*Nombre del tema: ¿Cómo actuar ante una emergencia?*

*Parcial: 2do.*

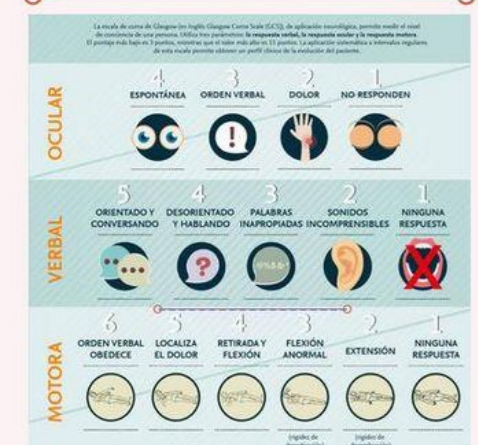
*Nombre de la Materia: Prácticas profesionales*

*Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 9*

# Escala de coma de Glasgow



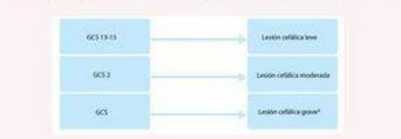
La valoración de coma de Glasgow se compone de 3 sub-escalas que califican de manera individual 3 aspectos de la consciencia: la apertura ocular, la verbal y la motora.

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas

### Escala de Coma de Glasgow PEDIÁTRICA

LACTENTES	CRIANÇAS	PONTOS
<b>ABERTURA OCULAR</b>		
Espontánea	Espontánea	4
Estímulo Verbal	Estímulo Verbal	3
Estímulo Doloroso	Estímulo Doloroso	2
Ausente	Ausente	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>		
Balbuciar, murmurar	Orientada, apropiada	5
Choro irritable	Confuso	4
Choro en respuesta a dor	Palabras des apropiadas	3
Gemidos en respuesta a dor	Sons inespecificos	2
Ausente	Ausente	1
<b>RESPUESTA MOTORA</b>		
Movimientos Intencionais	Responde a comandos	6
Retirada ao toque	Localiza o estímulo doloroso	5
Retirada em resposta à dor	Retirada em resposta à dor	4
Flexão por Decorticação	Flexão por Decorticação	3
Extensão por Descerebração	Extensão por Descerebração	2
Ausente	Ausente	1

## Categorización de la gravedad cefalica



## Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente. Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

## Observaciones:

Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

### Cuidados de enfermería

- Monitorización constante de signos vitales.
- Brindar dietas balanceadas.
- Fomentar el descanso-reposo.
- Aliviar el dolor.
- Cuidar de la higiene del paciente.
- Fomentar los cambios de posición para evitar LPP.
- Evitar las caídas en el paciente.

### Escala de valoración Glasgow

En lactantes hay alguna variación:

<b>Respuesta apertura ocular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espontánea 4</li> <li>- A órdenes verbales 3</li> <li>- A estímulo doloroso 2</li> <li>- No hay respuesta 1</li> </ul>
<b>Respuesta verbal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balbuceo 5</li> <li>- Llanto irritable controlable 4</li> <li>- Llanto al dolor 3</li> <li>- Quejidos al dolor 2</li> <li>- No hay respuesta 1</li> </ul>
<b>Mejor respuesta motora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimientos espontáneos 6</li> <li>- Retirada al tocar 5</li> <li>- Retira al dolor 4</li> <li>- Flexión anormal 3</li> <li>- Extensión anormal 2</li> <li>- No movimientos 1</li> </ul>

# ESCALAS DE VALORACION

## ESCALA 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.

### ESCALA RAMSAY

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva.

<b>Nivel 1</b>	<b>Despierto:</b> Agitado, ansioso, inquieto
<b>Nivel 2</b>	<b>Características Despierto:</b> Cooperador, orientado y tranquilo
<b>Nivel 3</b>	<b>Características Somnoliento:</b> Responde a órdenes verbales
<b>Nivel 4</b>	<b>Características Dormido:</b> Responde a órdenes energicas breves respuestas a la luz y al sonido
<b>Nivel 5</b>	<b>Características Dormido:</b> Responde solo al dolor
<b>Nivel 6</b>	<b>Características Profundamente Dormido:</b> Sin respuesta a estímulos

## ESCALA SILVERMAN

La escala de Silverman (William Silverman y Dorithy Andersen 1956) es muy utilizada en las UCINs para valorar la gravedad de afectaciones respiratorias, concretamente el síndrome de distrés Respiratorio.

La escala de Ramsay es una escala subjetiva utilizada para medir el nivel de sedación en pacientes, con el objetivo de evitar la sedación insuficiente o excesiva. Presenta 6 grados de sedación.

### Escala de Silverman

Signos clínicos

Signos clínicos	0 puntos	1 punto	2 puntos
Disociación torácicoabdominal	Capacidad costal normal	Indicador torácico abominal	Disociación
Tiraje intercostal	Ausente	Débil	Masado
Retracción esternal	Ausente	Ligeramente visible	Masado
Aleteo nasal	Ausente	Visible	Masado
Quejido respiratorio	Ausente	Ausente con estertor	Ausente a distancia

## Principios fundamentales del test o escala de Silverman

- Este test aborda cinco aspectos fundamentales:
- 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.

## Puntuaciones del test de Silverman

- Este test asigna puntuaciones en una escala de 0 a 10, clasificando la dificultad respiratoria en tres niveles:
- 1-3:** Dificultad respiratoria leve
  - 4-6:** Dificultad respiratoria moderada
  - 7-10:** Dificultad respiratoria severa

Es fundamental destacar que, ante cualquier duda y especialmente en el caso de bebés menores de 3 meses, recomendamos que las familias busquen la orientación de su pediatra de confianza. La identificación temprana y manejo de la dificultad respiratoria en esta etapa crucial del desarrollo puede marcar la diferencia en la salud y el bienestar a largo plazo de los pequeños.

# ESCALA EVA

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.

### Escala de EVA

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente.

INTENSIDAD	PUNTUACION
Dolor Leve	< 3
Dolor Moderado	4 - 7
Dolor Severo	≥ 8

- 1 Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- 2 Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- 3 Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

# ESCALA CAPURRO

### CAPURRO B

Sumar 100% el mayor número de ítems que se observen entre:

<b>FORMACIÓN DE LA OREJA</b>	0 8 16 24
<b>TAMARO DE LA GLANDULA MAMARIA</b>	0 5 10 15
<b>FORMACIÓN DEL PEZON</b>	0 5 10 15
<b>TEXTURA DE LA PIEL</b>	0 5 10 15 20
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>	0 5 10 15 20

En neonatología, la valoración o 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

# ESCALA APGAR

La puntuación de Apgar es una prueba para evaluar a recién nacidos poco después de su nacimiento. Esta prueba evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos para determinar si necesita ayuda médica adicional o de emergencia.

### ESCALA DE APGAR

valoración del recién nacido tras el parto

<b>A</b> apariencia	<b>P</b> pulso	<b>G</b> gestos	<b>A</b> actividad	<b>R</b> respiración
0-2	0-100	0-2	0-2	0-2
<b>COLOR</b>	<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	<b>REFLEJOS</b>	<b>TONO MUSCULAR</b>	<b>ESFUERZO RESPIRATORIO</b>

La evaluación de Apgar puede realizarse junto a la madre durante el primer minuto de vida del recién nacido. Si la evaluación es mayor a 7, el neonato puede seguir con ella acompañada de un sanitario hasta la valoración de los 5 minutos; si es menor se debe trasladar al bebé a una zona de atención y estabilización.

SATISFACTORIO: 7-10  
DIFICULTAD MODERADA: 4-6  
DIFICULTAD MARCADA: 0-3

# ESCALA CRICHTON

Escala de Crichton para valorar el riesgo de caída. Esta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado

### Escala de CRICHTON

(Evaluación del riesgo de caídas)

La escala de funcionalidad de CRICHTON se emplea en población adulta para la evaluación del riesgo de caídas. Se usa para determinar si un individuo tiene un riesgo alto, medio o bajo.

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.

Valoración del riesgo	Puntuación
Limitación física	3
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	3
Problemas de visión o sensoriales	3
Problemas sin factores de riesgo evidentes	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

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

Nivel 1: El paciente se encuentra despierto, podemos reconocer cierto grado de inquietud, estrés y ansiedad.

Nivel 2: El paciente se encuentra despierto con los ojos abiertos, sin embargo, no se encuentra inquieto, sino en un estado tranquilo y relajado. Se encuentra consciente, muestra orientación y coopera a las solicitudes realizadas.

Nivel 3: El paciente se encuentra ligeramente dormido, no obstante, aún responde a estímulos verbales y es capaz de atender y responder órdenes.

Nivel 4: El paciente se encuentra dormido, pero no profundamente por ello responde a estimulación luminica y sonora.

Nivel 5: El paciente se encuentra dormido, pero en este nivel solo tiene respuesta ante el dolor.

Nivel 6: El paciente se encuentra profundamente dormido y no obtenemos de él ningún tipo de respuesta a los estímulos que recibe.

### La escala de Ramsay se divide en dos partes:

<b>Nivel de vigilia</b>	1, 2, 3
<b>Nivel de sueño</b>	4, 5, 6

## La severidad del traumatismo craneoencefálico se determina en función de puntuación total de la Escala de Glasgow:

- Leve:** 14 - 15 puntos
- Moderado:** 9 - 13 puntos
- Grave:** < 9 puntos

## En cuanto al nivel de alteración de consciencia (estado de coma), el gradiente varía:

- Leve:** > 13 puntos. La duración del coma suele ser menor a 20 minutos
- Moderado:** 9 - 12 puntos. La duración del coma es mayor de 20 minutos y menor de 6 horas tras la admisión del paciente.
- Grave o severa:** < 8 puntos. La duración del coma es mayor de 6 horas tras la admisión del paciente.

## Referencias bibliograficas:

1. <https://es.slideshare.net/BETSYMAURIS/folleto-escala-de-glasgow>
2. <https://cafecirurgico.org/escala-de-coma-de-glasgow-pediatrica/>
3. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/escala-de-coma-de-glasgow-tipos-de-respuesta-motora-y-su-puntuacion>
4. <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/neurologicas/escala-coma-glasgow/#:~:text=La%20severidad%20del%20traumatismo%20craneoencef%C3%A1lico,Grave%3A%20%3C%209%20puntos>
5. <https://yoamoenfermeriablog.com/2017/12/09/escala-ramsay-nivel-sedacion/>
6. <https://pypclinic.com/corporal/escala-de-ramsay-en-sedacion-que-es-y-para-que-se-utiliza/#:~:text=La%20escala%20Ramsay%20se%20caracteriza,el%20menor%20al%20mayor%20grado.>
7. <https://www.pinterest.com.mx/pin/477170523024548520/>
8. <https://salupeques.com/c/recursos/escalas-test-de-valoracion-salud-ninos/test-o-escala-de-silverman>
9. <https://www.udocz.com/apuntes/706980/escala-de-eva>
10. <https://www.pinterest.com.mx/pin/923941679784151964/>
11. <https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton>