



Mi Universidad

Nombre del Alumno:

Fernanda Paribanú Jiménez García

Nombre del Tema:

Escala de valoración

Parcial:

2

Nombre de la Materia:

Prácticas Profesionales de
Enfermería

Nombre del Profesor:

Alfonso Velázquez Ramírez

Nombre de la Licenciatura:

Enfermería

Cuatrimestre:

9

La Escala de coma de Glasgow

Objetivo

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

La Escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

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 subescala.



Precauciones

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes.

Puntuación: 15 Normal
< 9 Gravedad
3 Coma profundo

Valorar:

Respuesta ocular. El paciente abre los ojos:

- De forma espontánea: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos. Los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos. "Puntuación 4".
- A estímulos verbales: a cualquier frase, no necesariamente una instrucción. "Puntuación 3"
- Al dolor: aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supraorbitaria). "Puntuación 2".
- Ausencia de respuesta: no hay apertura ocular. "Puntuación 1".



2.-Respuesta verbal. El paciente está:

- Orientado: Debe saber quien es, donde está y por qué está aquí y en que año, estación y mes se encuentra. "Puntuación 5".
- Desorientado/confuso: responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. Lo primero que se pierde es la situación del tiempo, luego del lugar y por último la persona. "Puntuación 4".
- Incoherente: no es posible llevar a cabo una conversación sostenida; reniega y grita. "Puntuación 3".
- Sonidos incomprensibles: emite lamentos y quejidos sin palabras reconocibles. "Puntuación 2".
- Sin respuesta: no hay respuesta verbal. "Puntuación 1".



3.-Respuesta motora. El paciente:

- Obedece órdenes (por ejemplo levantar el brazo, sacar la lengua etc.) "Puntuación 6".
- Localiza el dolor: a la aplicación de un estímulo doloroso con un movimiento deliberado o intencionado. "Puntuación 5".
- Retirada al dolor: a la aplicación del estímulo, el sujeto realiza respuesta de retirada. "Puntuación 4".
- Flexión anormal: frente al estímulo el sujeto adopta una postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos. "Puntuación 3".
- Extensión anormal: ante el estímulo el sujeto adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo. "Puntuación 2".
- Sin respuesta: "Puntuación 1".



Intervenciones de enfermería:

- Al valorar la respuesta motora, los estímulos se deben aplicar en ambos hemisferios en las extremidades superiores, anotando la puntuación más alta.
- Para la valoración utilizar órdenes concretas y sencillas
- Mantener posición neutra
- Evitaremos estimular al paciente innecesariamente. Control de estímulos.
- Vigilar el estado de la piel, protección de las zonas de presión y aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). Movilización pasiva.
- Vigilancia de sangrados, nariz, boca y conducto auditivo.
- Control de temperatura. Vigilar la hipertermia maligna.
- Correcta nutrición evitando las hipoglucemias y la maniobra de Valsalva. Administración de laxantes si fuera necesario.

La Escala de Ramsay

La 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.

La Escala de Ramsay fue desarrollada por el médico estadounidense Michael Ramsay. La escala tiene diferentes grados/niveles, y estos se determinan según la respuesta del paciente a según que estímulos.

- Nivel 1

Paciente despierto inquieto, ansioso y agitado

- Nivel 2

Paciente despierto pero relajado, orientado y cooperador

- Nivel 3

Paciente dormido que puede responder a estímulos verbales y obedecer a las órdenes

- Nivel 4

Paciente dormido con ligera respuesta a la luz y el sonido

- Nivel 5

Paciente dormido que solo presenta respuesta al dolor

- Nivel 6

Paciente profundamente dormido que no presenta ninguna respuesta a estímulos



TIPOS DE SEDACIÓN

CONSCIENTE

Estado médico controlado de depresión de la conciencia:

- Mantener todos los reflejos de defensa de la vía aérea.
- Adecuada respuesta al estímulo físico o verbal.
- Es decir, el paciente está tranquilo, no dormido.

PROFUNDA

Un estado médico controlado de depresión de conciencia o inconsciencia:

- Pérdida total/parcial de los reflejos de defensa de la vía aérea.
- No responde a los estímulos físicos o verbales de forma intencionada.

Hernández-de la Vega L. Sedación consciente e inconsciente

Tipos de sedación			
Sedación mínima "Ansiólisis"	Sedación analgesia "Sedación consciente"	Sedación analgesia profundas "Sedación inconsciente"	Hipnosis* "Anestesia general balanceada"
Tranquilo	Tranquilo	Responde a propósito a estímulos repetidos o dolorosos	Ausencia de respuesta*
Responde normalmente a instrucciones verbales	Coopera Responde a instrucciones verbales y tacto ligero	¿Conservación de las vías respiratorias?	Reflejo de retiro*
	Conservación de las vías respiratorias		

Finalidad de la Sedación

- Contrarrestar un entorno ruidoso. /Ansiedad/
- Dolor /Agitación /
- Autolesiones
- Inestabilidad hemodinámica
- Pérdida de líneas intravasculares
- Desplazamiento de drenajes
- Seguridad y confort en pacientes ventilados

La escala de Ramsay se divide en dos partes :



1. Preparación de material y equipo.
2. Verificación del correcto funcionamiento ventilador, bombas infusoras).
4. Verificación de los fármacos a utilizar
5. Preparación correcta de los fármacos.
6. Titulación de la dosis respuesta de sedoanalgesia.
7. Registro de la valoración de sedación escala RASS, en forma frecuente.
8. Valoración del dolor BPS
9. Verificación vía exclusiva de sedoanalgesia
10. Monitoreo y registro de funciones vitales
11. Identifica signos de complicaciones de sedoanalgesia.
12. Destete progresivo de sedoanalgesia



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. 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 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.

Los parámetros clínicos que evaluar son los siguientes:

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES

Los movimientos toraco- abdominales van acompañados de una expansión torácica y abdominal durante la inspiración y una depresión en la fase espiratoria, lo normal es que sea un movimiento rítmico y armónico, cuando esto sucede se asigna una puntuación de 0.

Si el tórax permanece inmóvil y solo hay movimientos abdominales se asigna una puntuación de 1(respiración abdominal)

Si los movimientos toraco-abdominales no son armónicos y coherentes (el tórax se contrae mientras el abdomen se distiende y viceversa) se asigna una puntuación de 2, es lo que se conoce como disociación torácico abdominal

TIRAJE INTERCOSTAL

Se debe a la presencia de unas arrugas o pliegues entre las costillas debido la intervención de los músculos intercostales para ayudar a respirar, en condiciones normales estos músculos no intervienen.

Si no hay presencia de dichos pliegues durante la respiración se le asigna un 0. Cuando la dificultad respiratoria es leve, el tiraje intercostal es apenas visible, aunque está presente. En estos casos se le asigna una puntuación de 1. Cuando el tiraje intercostal está muy marcado y es fácilmente visible se la asigna un 2.

RETRACCIÓN XIFOIDEA

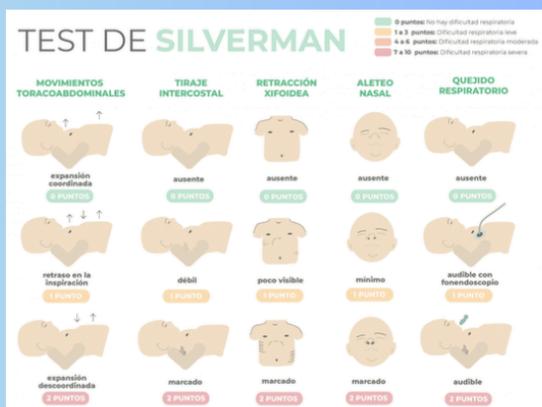
En condiciones normales esta estructura ósea no presenta movimiento alguno durante la respiración o es imperceptible, así pues, la puntuación sería de 0. Si el apéndice se ve marcado levemente se le daría la puntuación de 1, y si el movimiento es acentuado y muy marcado la puntuación sería de 2.

ALETEO NASAL

El aleteo nasal sucede cuando las fosas nasales tienen que abrirse más de lo normal porque no llega el suficiente aire a los pulmones durante la inspiración. Cuando no existe dificultad respiratoria no debe de haber aleteo nasal y se puntúa con 0.

QUEJIDO RESPIRATORIO

Se trata de un sonido característico que se presenta cuando es expulsado el aire por una vía respiratoria estrecha. En condiciones normales no debe presentarse, entonces la puntuación de 0. Si el quejido es audible con fonendoscopio la puntuación es de 1. Si es audible sin ningún dispositivo tiene una puntuación de 2.



La interpretación es muy sencilla:

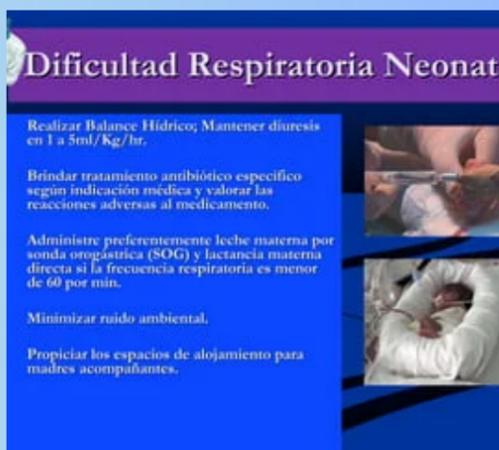
0 puntos: No hay dificultad respiratoria

1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve

4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada

7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

Según la puntuación y la severidad se decidirá la mejor opción terapéutica, que puede ir desde el apoyo con oxigenoterapia la intubación u otros dispositivos ventilatorios.



El plan de cuidados de enfermería debe ser integral, basado en las necesidades que presenta todo RNPT y también

teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuridad.

Desde el abordaje teórico, se puede dividir el tratamiento del SDR en dos aspectos fundamentales, los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo de surfactante, y los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pretérmino y que afectan directamente su condición respiratoria.

Escala Visual analógica del dolor

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. 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.

La valoración será:

- 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.

Determinar el estado cognitivo del paciente

Al usar la escala de dolor EVA en enfermería es esencial tener en cuenta esta primera clave. Especialmente si se trata de niños o adultos que pudieran tener alteraciones en su capacidad cognitiva. Para los menores puede utilizarse una escala con caras o colores para facilitarles la elección del grado de dolor que experimentan.

Asimismo, el paciente debe entender bien las indicaciones. Se debe adaptar el lenguaje y comprobar que sabe cómo debe responder a la escala EVA y qué es. Es crucial explicarles a los familiares la importancia de este proceso y de su repetición diaria.

La escala EVA para medir el dolor tiene como objetivo conocer las sensaciones del paciente. Sin embargo, se trata de una sensación subjetiva. Independientemente de los analgésicos que se le suministren al paciente, es imprescindible tener en cuenta su opinión.



Entrevista y anamnesis

Tras obtener el resultado de la primera escala EVA, se debe preguntar al paciente sobre los siguientes aspectos:

El inicio del dolor: ha de explicar cuándo comenzó a experimentarlo y cómo ha ido evolucionando. Deben conocerse los factores provocativos y paliativos. Además, ha de valorarse el tratamiento analgésico actual.

El historial médico: es importante conocer si ha tenido síntomas similares en la misma zona del cuerpo. Debe averiguarse si se usó un tratamiento anteriormente. También ha de concretarse si se ha sufrido un traumatismo o cirugía. Conocer el estado de salud antes de la aparición del dolor es de vital importancia.

La revisión física: es esencial conocer si el paciente consume fármacos, fuma o bebe alcohol. Posteriormente, se debe comprobar el funcionamiento, y el dolor, en cada sistema. Los antecedentes psiquiátricos han de revisarse detenidamente.

Los antecedentes familiares: las preguntas deben dirigirse a si tiene familiares con el mismo tipo de dolor o uno distinto. De tener ascendentes con dolencias incapacitantes o relacionadas, o fallecidos por enfermedad, hay que valorar la posible influencia genética.

La situación personal: el paciente debe informar sobre su trabajo, educación, situación conyugal y si el dolor le supone un impedimento para socializar.

En algunas ocasiones, se considera que el dolor es más psicológico que físico. Es fundamental realizar la prueba correspondiente que confirme lo expuesto en la escala EVA. No en vano, el dolor puede provocar alteraciones:

- Hemodinámicas.
 - Metabólicas.
 - Neuroendocrinas.
 - Un aumento de la ansiedad.
 - Más secreciones adrenérgicas.
- El resultado de todo lo anterior puede provocar diversas consecuencias. Una isquemia miocárdica, una constipación intestinal o variados fenómenos caquéticos son las más habituales, entre otras.

Intervención de enfermería

- Aplicar protocolo de analgesia y evaluar efectividad del tratamiento
- Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor: cultura, experiencias
- Determinar el impacto de la experiencia dolorosa sobre la calidad de vida (sueño, apetito, relaciones, humor, trabajo)
- Explorar con el paciente los factores que alivian y/o empeoran el dolor
- Evaluar experiencias pasadas con dolor, medidas de tratamiento, dolores crónicos, discapacidades
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa
- Proporcionar información acerca del dolor, tiempo de duración y las incomodidades que se esperan debido a la realización de procedimientos
- Determinar la disponibilidad del paciente a participar en las estrategias de alivio del dolor
- Favorecer el descanso, evitar procedimientos innecesarios
- Mostrar una postura tranquila y de control sobre la situación
- Si el dolor no está controlado, administrar rescate
- Avisar si no se controla el dolor para ajustar o cambiar tratamiento (descartar complicación)
- Mostrar credibilidad a las expresiones de dolor del paciente
- Utilizar un lenguaje apropiado al nivel cultural y comprensión de cada persona
- No utilizar placebos



Escala de Capurro

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 y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada. Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación: A y B.

La edad gestacional es la forma de juzgar la madurez y tamaño de un recién nacido. Esta determinación tiene el propósito de anticipar riesgos médicos, prevenir complicaciones y distinguir capacidades de cada niño de acuerdo a su desarrollo, como alimentarse o estipular necesidades de su cuidado.

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de $\pm 8,4$ días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

Signos Somáticos de CAPURRO:

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

A cada uno de los parámetros se les asigna una puntuación del siguiente modo:

Forma de la oreja (Pabellón)

- Aplanada, sin incurvación (0 puntos)
- Borde superior parcialmente incurvado (8 Puntos)
- Borde superior totalmente incurvado (16 Puntos)
- Pabellón totalmente incurvado (24 puntos)
- Tamaño de la glándula mamaria

- No palpable (0 Puntos)
- Palpable menor de 5mm (5 Puntos)
- Palpable entre 5 y 10mm (10 Puntos)
- Palpable mayor de 10mm (15 Puntos)
- Formación del pezón

- Apenas visible sin areola (0 Puntos)
- Diámetro menor de 7.5mm, areola lisa y chata (5 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde no levantado (10 Puntos)
- Diámetro mayor de 7.5mm, areola punteada, borde levantado (15 Puntos)
- Textura de la piel

- Muy fina, gelatinosa (0 Puntos)
- Fina, lisa (5 Puntos)
- Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 Puntos)
- Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 Puntos)
- Gruesa, grietas profundas apergaminadas (20 Puntos)
- Pliegues plantares

- Sin pliegues (0 puntos)
- Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 Puntos)
- Marcas bien definidas en la mitad anterior, surcos en mitad anterior (10 Puntos)
- Surcos en mitad anterior (15 Puntos)
- Surcos en más de la mitad anterior (20 Puntos)



Rangos de edad gestacional

Por método de CAPURRO

V.E. Alex Santiago

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.

- Proporcionar atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir cualquier riesgo de enfermedad o muerte.

Intervención de enfermería

- Otorgar atención a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo.
- Proporcionar atención continua a la persona gestante durante el trabajo de parto y parto atendiendo las condiciones generales y obstétricas que se presente para prevenir la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad del binomio madre-hijo/a.
- Brindar atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con conocimiento científico, crítico y respetuoso de las condiciones físicas, mentales, emocionales, sociales y culturales de la puerpera y su grupo familiar

Escala de 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.

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 palabra Apgar se refiere a "Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración."

En la prueba, se utilizan estos cinco factores para evaluar la salud del bebé. Y cada factor o aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible:

- Aspecto (color de la piel)
- Pulso (frecuencia cardíaca)
- Irritabilidad (respuesta refleja) (de Grimace en inglés)
- Actividad (tono muscular)
- Respiración (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio)

Los médicos, las comadronas o parteras y el personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre 0 y 10. 10 es la máxima puntuación posible, pero la alcanzan muy pocos bebés. Esto se debe a que las manos y los pies de muchos bebés siguen azuladas hasta que entran en calor.

Un bebé que obtiene una puntuación de 7 o superior en la Prueba de Apgar se suele considerar que tiene un buen estado de salud. El hecho de obtener una puntuación inferior no significa que el bebé esté enfermo. Lo único que significa es que el bebé necesita algún tratamiento médico inmediato, como succionarle las vías respiratorias o administrarle oxígeno, para ayudarlo a respirar. Hay bebés perfectamente sanos que presentan puntuaciones más bajas de lo normal, sobre todo en los primeros minutos de vida.

Una puntuación algo más baja (sobre todo en el minuto 1) es habitual, sobre todo en bebés nacidos:

- De embarazos de alto riesgo
- Por cesárea
- Después de un parto complicado
- De forma prematura

Cinco minutos después de nacer, se vuelve a aplicar la Prueba de Apgar. Si la puntuación del bebé era baja en la primera evaluación y no mejora, o al personal médico le preocupa el estado del bebé por otros motivos, el personal médico y de enfermería seguirá aplicando al bebé el tratamiento médico necesario. Y controlarán atentamente al bebé.

TEST DE APGAR
Evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento

¿Sabías qué...? En 1952, la Dra. Virginia Apgar, anestésista obstétrica, propuso este método para averiguar rápidamente el estado del bebé y la influencia de la anestesia materna en el recién nacido.

¿Qué valora el Test de Apgar?

Letra	Significado	0	1	2
A	APARIENCIA	Piel azulada	Piel rosada	Piel roja
P	PULSO	0	<100	>100
G	GESTOS	Cerrado los ojos	Parpadeo	Reflejo fuerte
A	ACTIVIDAD	Flácido	Algo activo	Activo
R	RESPIRACIÓN	Respiración ausente	Respiración débil	Respiración fuerte

PUNTAJES:
 7-10: Satisfactorio
 4-6: Dificultad moderada
 0-3: Dificultad marcada

Según la AEPED, el test de Apgar se puede realizar junto a la madre al primer minuto, si es mayor de 7 puede seguir con ella y debemos acompañarlo hasta la valoración del Apgar a los 5 minutos; en caso de que fuese menor de 7 se debe trasladar a la zona de atención para valoración y estabilización.

Fuente: www.aeped.es

Escala de APGAR
¿Qué es?
Escala dimétrica que valora la adaptación cardiorrespiratoria del neonato al nacer

Debe valorarse al **1er y 5to** minuto tras nacimiento

A Apariencia (Color piel y mucosas)
 0 - Cianosis generalizada
 1 - Cianosis distal
 2 - Rosado

P Pulso (Frecuencia cardíaca)
 0 - Ausente
 1 - <100/min
 2 - >100/min

G Gesticulación (Irritabilidad refleja)
 0 - No responde estímulos
 1 - Muecas / Lento débil
 2 - Llanto fuerte / Tiza

A Actividad (Tono muscular)
 0 - Hipotonía muscular
 1 - Parestia normal
 2 - Movimientos activos

R Respiración (Esfuerzo respiratorio)
 0 - No respira
 1 - Irregular / Débil
 2 - Regular / Llanto

Muchos bebés con puntuaciones Apgar bajas están perfectamente sanos y les va bien después de adaptarse a la vida fuera del vientre materno.

Si al médico de su hijo y/o a su comadrona (o partera) les preocupa la puntuación de Apgar que haya obtenido su bebé, ellos se lo harán saber y le explicarán qué puede estar provocándole problemas, en caso de que los haya, y qué tratamiento está recibiendo.

ESCALA DE APGAR
valoración del recién nacido tras el parto

Letra	Significado	0	1	2
A	apariencia	Piel azulada	Piel rosada	Piel roja
P	pulso	0	<100	>100
G	gestos	Cerrado los ojos	Parpadeo	Reflejo fuerte
A	actividad	Flácido	Algo activo	Activo
R	respiración	Respiración ausente	Respiración débil	Respiración fuerte

PUNTAJES:
 7-10: Satisfactorio
 4-6: Dificultad moderada
 0-3: Dificultad marcada

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 acompañado 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.

AEPED, Asociación Española de Pediatría

VYCON

Intervenciones de enfermería:

- Fluctuaciones en el color: palidez, piel moteada, cianosis periférica, piel oscura y plétora.
- Alteraciones cardiorrespiratorias: Incrementos o decrementos de la frecuencia respiratoria, respiraciones irregulares, bradicardia y apneas.
- Cambios en el estado: mayor sobresalto, incremento de los movimientos espasmódicos en los miembros, hipo, hipotonía facial y aversión de la mirada

Escala Crichton

Escala de Crichton para valorar el riesgo de caída.

Esta 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 evidentes.

Considera la funcionalidad en todas sus esferas y por tanto esos rubros también los expresan en evaluación de movilidad, orientación, comunicación, cooperación, vestido, alimentación, agitación, incontinencia, sueño y estado de ánimo. Un mayor puntaje representa un alto riesgo de caída o fragilidad de la salud.

VALORACIÓN ESCALA DE FUNCIONALIDAD 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 evidente	1
total	10
DETERMINAR EL RIESGO DE CAÍDA	
Nivel	Puntos
Alto riesgo	4 a 10
Mediano riesgo	2 a 3
Bajo riesgo	0 a 1

Intervenciones de enfermería

- ☒ Aplicar Escala de riesgo de caídas del paciente al ingreso a urgencias observación y posteriormente 1 vez cada cambio de turno; en caso de ser hospitalizado se debe entregar con escala de clasificación.
- ☒ Registrar la clasificación del riesgo (con el color establecido) en tablero de identificación y kardex del paciente.
- ☒ Comunicar la situación de riesgo de caída a todo el personal involucrado en la atención del paciente, de dos formas: Oral y escrita: Dónde se registran los datos del paciente (Tablero)
- ☒ Concientizar al paciente, a su familiar y al personal de salud sobre la importancia de evitar caídas que impliquen consecuencias temporales o permanentes o hasta la posible muerte del paciente.
- ☒ Solicitar acompañante permanente a usuarios con clasificación de riesgo de caídas alto.
- ☒ Mantenga siempre barandas de camillas elevadas y con el freno puesto.
- ☒ Explique al paciente y su familia sobre importancia mantener barandas arriba y solicitar acompañamiento cuando lo necesite para movilización
- ☒ Realice rondas de verificación para observar que las barandas se encuentren de manera adecuada
- ☒ Verificar que los bombillos se encuentren funcionando especialmente en áreas de poca iluminación, en caso de mal funcionamiento informar.
- ☒ Verifique que el piso se encuentre seco sin secreciones y sin obstáculos en los pasillos
- ☒ Si identifica fluidos informe de manera inmediata al personal encargado para realizar la limpieza
- ☒ Verifique que se realice adecuado uso de avisos de prevención y respete la señalización
- ☒ Eduque al paciente y su familia importancia de respetar los avisos instalados

La Organización Mundial de La Salud (OMS) define la caída como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.

La valoración del riesgo de caída nos permite actuar, evitando la aparición de la incidencia y disminuyendo la prevalencia de las caídas, por medio de la identificación correcta de los riesgos en el usuario relacionados con su edad, previniendo así efectos a corto o largo plazo o la posterior muerte del paciente.

De igual forma nos permitirá unificar criterios físicos y electrónicos que ayuden a todas las personas vinculadas al proceso preventivo a generar estrategias de información y sensibilización a su equipo de trabajo y al vinculo familiar sobre la importancia de cuidar a la y evitar efectos irreversibles que comprometan la vida del paciente y los procesos de calidad de las instituciones en salud.

A continuación se relacionan los factores contributivos para la aparición de caídas:

- Relacionados con el paciente:
- Personalidad del paciente.
 - Lenguaje del paciente.
 - Creencias religiosas del paciente.
 - Problemas psicológicos del paciente.

La no vinculación del familiar como componente importante en la seguridad del paciente.
Historia de caídas previas.
Desconocimiento del paciente sobre su patología y su tratamiento.

- Relacionados con las condiciones físicas del paciente:
- Edad > 60 años, < 5 años.
 - Pérdida de la audición, de la dicción y la visión.
 - Estado mental: Agitación psicomotora, Desorientado, Adinámico, Estuporoso.
 - Dificultad o incapacidad para manejo de esfínteres.
 - Dolor agudo y crónico

Escala de CRICHTON

(Evaluación del riesgo de caídas)

La escala de funcionalidad 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.

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

Escala de Braden

Esta escala fue desarrollada en EEUU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de la escala.

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN				
ALTO RIESGO: Puntuación total < 12				
RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 - 14 puntos.				
RIESGO BAJO: Puntuación total 15 - 18 si menor de 75 años o de 15 - 18 si mayor o igual a 75 años.				
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estreñeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí sola.	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrece. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarla/o completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalarse hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

La Escala de Braden consta de seis subescalas:

1. Percepción sensorial.
2. Exposición de la piel a la humedad.
3. Actividad física.
4. Movilidad.
5. Nutrición.
6. Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento).

Con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Que en la infografía se ha intentado simplificar a través de representaciones gráficas.

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma

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 puntúa 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 ente 15-18 puntos, aunque se tendrá en cuenta la edad de la persona que estemos valorando.

ESCALA DE BRADEN
para la predicción del riesgo de úlceras por presión

1 2 3 4

PERCEPCIÓN SENSORIAL

- 1. Completamente limitada: Nivel de conciencia limitado, No reacción ante dolor, Capacidad sensorial limitada.
- 2. Muy limitada: Reacciona solo ante estímulos dolorosos, No comunica malestar, Déficit sensorial.
- 3. Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales, No siempre comunica malestar, Alguna dificultad sensorial.
- 4. Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales, Sin déficit sensorial.

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD

- 1. Constantemente húmeda: Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.
- 2. A menudo húmeda: Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
- 3. Ocasionalmente húmeda: Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día.
- 4. Raramente húmeda: Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina.

ACTIVIDAD

- 1. Encamado/a: Paciente constantemente encamado/a.
- 2. En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada.
- 3. Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda.
- 4. Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día.

MOVILIDAD

- 1. Completamente inmóvil: Sin ayuda no puede realizar ningún cambio.
- 2. Muy limitada: Ocasionalmente efectúa ligeros cambios.
- 3. Ligeramente limitada: Efectúa con frecuencia ligeros cambios.
- 4. Sin limitaciones: Efectúa frecuentemente importantes cambios.

NUTRICIÓN

- 1. Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa.
- 2. Probablemente inadecuada: Raramente come una comida completa.
- 3. Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas.
- 4. Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida.

FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO

- 1. Problema: Requiere de moderada y máxima asistencia.
- 2. Problema potencial: Se mueve muy débilmente.
- 3. 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)

Intervenciones

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
- Aplicar lubricante para hidratar fosas nasales si presencia de catéter.
- Aplicar los pañales sin comprimir.
- Colocar sobreempapadores si es el caso.
- Hidratar la piel seca intacta.
- Mantener humedad en las incubadoras entre el 60 – 70%.
- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (anchura, longitud, y profundidad), estadio (I al IV), recidiva, antigüedad, localización, dolor, tejido necrótico, exudación, granulación y epitelización.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la úlcera.
- Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel perilesional.
- Mantener la úlcera en un medio húmedo para favorecer la curación.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera si es necesario.
- Limpiar la úlcera con suero salino fisiológico con movimientos circulares desde el centro.
- Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera según corresponda.
- Aplicar vendajes si está indicado.
- Evitar en los cambios posturales la presión sobre zonas ulceradas.
- Controlar el estado nutricional (escala de evaluación del estado nutricional MNA).
- Instruir al paciente/cuidador en los procedimientos de cuidado de la herida.



Referencias Bibliográficas

1. Buscado en: <https://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf> (15 de Junio 2024)
2. Buscado en: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-5-el-paciente-en-coma> (15 de Junio 2024)
3. Buscado en: <https://dentalut.com/escala-ramsay-sedacion-consciente/#:~:text=La%20escala%20de%20Ramsay%20es,dolores%20intensos%20en%20el%20paciente>. (15 de Junio 2024)
4. Buscado en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2017/12/09/escala-ramsay-nivel-sedacion/> (15 de Junio 2024)
5. Buscado en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13476/Cuidado_MejiaCastromonte_Irma.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Los%20pacientes%20en%20VM%20requieren%20que%20el,dolor%20ansiedad%20agitaci%C3%B3n%20amnesia%20hipercoagulabilidad%20inmunosupresi%C3%B3n%20y (15 de Junio 2024)
6. Buscado en: [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)). (15 de Junio 2024)
7. Buscado en: <https://ifses.es/escala-eva/> (15 de Junio 2024)
8. Buscado en: https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuqu%C3%A9n_Neonatolog%C3%ADa-Guia-cuidados-del-RN-en-IC-202.pdf (15 de Junio 2024)
9. Buscado en: <https://kidshealth.org/es/parents/apgar.html> (15 de Junio 2024)
10. Buscado en: [https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-032%20Protocolo%20prevencion%20de%20caidas\(1\).pdf](https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-032%20Protocolo%20prevencion%20de%20caidas(1).pdf) (15 de Junio 2024)
11. Buscado en: <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/> (15 de Junio 2024)
12. Buscado en: http://congreso enfermeria.es/libros/2012/salas/sala3/p_618.pdf (15 de Junio 2024)