

Centro educacional Fernando de Aragón.  
Enseñanza media.  
Técnico profesional.  
Atención de enfermería.

## **Guía para el aprendizaje mes de Septiembre.**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Asignatura: Sistema de Registro e Información en Salud

Objetivo de la clase: Conocer las características e importancia de las diferentes escalas de valoración que se aplican en los pacientes en la atención de salud.

Objetivo de aprendizaje: Registrar información, en forma digital y manual, relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, y relativa a procedimientos administrativos de ingreso, permanencia y egreso de establecimientos de salud o estadía, resguardando la privacidad de las personas.

### **Medición De Signos Neurológicos (Escala De Glasgow)**

#### **1.- Objetivo**

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

#### **2.- Definición**

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 clasifica 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.

<b>Respuesta ocular</b>	
Espontánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta verbal</b>	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
<b>Respuesta motora</b>	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

<b>Puntuación: 15 Normal</b> <b>&lt; 9 Gravedad</b> <b>3 Coma profundo</b>
--

#### 4.- Procedimiento

##### 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.

##### Preparación del material.

- Escala de Glasgow.

##### Preparación del paciente

- Comprobar la identidad del paciente.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones.
- Requerir la atención del paciente.

## Técnica.

- Identificar al paciente.
- Lavado de manos.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Valorar:

### **1.-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 implican 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 quién es, donde está y por qué está aquí y en qué 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".

#### Observaciones.

- Al valorar la respuesta motora, los estímulos se deben aplicar en ambos hemicuerpos en las extremidades superiores, anotando la puntuación más alta.
- Para la valoración utilizar órdenes concretas y sencillas.

#### Educación.

No procede.

#### Registro del procedimiento.

- Anotar en el plan de cuidados la periodicidad de la aplicación de la escala de Glasgow.
- Registrar la puntuación obtenida en la gráfica de signos vitales.
- Registrar las variaciones y las medidas adoptadas en las observaciones de enfermería.

#### Cuidados posteriores.

- Comunicar al médico responsable en caso de producirse cambios acentuados.
- La frecuencia de esta valoración dependerá de la situación del paciente.

### **Úlceras por Presión.**

Corresponde a una lesión localizada causada por presión no controlada y prolongada, que determina un daño en piel y partes blandas.

Normalmente se presentan en pacientes con movilidad limitada, los cuales requieren de asistencia por parte de un profesional de salud para lograr realizar diversos cambios de posición anatómica.

Ejemplos: Pacientes postrados, pacientes que requieren uso de sillas de ruedas permanente, pacientes que utilizan prótesis en extremidad, pacientes en cual su recuperación física les impide generar movimientos por un tiempo determinado, entre otros.

Las UPP son prevenibles siguiendo diversos protocolos que impiden su formación, para lograr determinar que paciente tiene riesgo de padecer una UPP y activar las acciones de prevención se crearon dos escalas de valoración: Escala de Norton y Escala de Braden.

## Escala de Norton.

Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton (enfermera), en 1962, en el ámbito de la geriatría.

Incluye 5 aspectos a valorar:

- Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación),
- Estado Mental
- Actividad
- Movilidad
- Incontinencia.

Cada uno de los aspectos mencionados tiene una puntuación específica de 1 a 4 puntos, en el cual 1 se considera alto riesgo y 4 se considera bajo riesgo.

La suma de todos los aspectos genera un total que será comparado con los siguientes rangos:

<b>Puntuación final de 5 a 9 puntos</b>	<b>Riesgo Alto</b>	Puntuación final de 13 a 16 puntos	Riesgo Bajo
<b>Puntuación final de 10 a 12 puntos</b>	<b>Riesgo Medio</b>	<b>Puntuación mayor o igual a 16 puntos</b>	<b>No hay Riesgo</b>

### ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE UPP

ESCALA DE NORTON MODIFICADA:

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO:

PUNTUACIÓN DE 5 A 9 ----- RIESGO MUY ALTO

PUNTUACIÓN DE 10 A 12 ----- RIESGO ALTO

PUNTUACIÓN 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO

PUNTUACIÓN MAYOR DE 14 ----- RIESGO MÍNIMO/ NO RIESGO

Para determinar un resultado según cada uno de los aspectos de la escala, debemos observar la condición de nuestro paciente y elegir la opción más cercana a su realidad.

Ejemplo: Su paciente es capaz de pararse de la cama e ir a diferentes lugares por cuenta propia. Según Norton el aspecto de Movilidad sería Ambulante, por esta razón se le otorga 4 puntos.

## Escala de Braden

Escala de Braden es una escala de riesgo del paciente que se aplica a diariamente para valorar y prevenir la aparición de UPP, se aplica según Protocolo del Establecimiento de Salud. Esta escala se divide en 6 aspectos:

- Percepción sensorial
- Humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Fricción y Rozamiento

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.

Al igual que la escala de Norton si la evaluación presenta un puntaje alto el riesgo de adquirir una UPP es bajo.

Su principal característica es que abarca muchos más factores que la escala de Norton, su uso es más completo.



Percepción sensorial	Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción y Rozamiento
Sin deterioro 4	Raramente húmedo 4	Anda con frecuencia 4	Sin limitaciones 4	Excelente 4	Sin problemas aparentes 4
Ligeramente limitada 3	Ocasionalmente Húmedo 3	Anda ocasionalmente 3	Ligeramente limitado 3	Adecuada 3	Problema potencial 3
Muy limitada 2	Húmedo 2	Sentado en la silla 2	Muy limitado 2	Probablemente inadecuada 2	Existe problema 1
Completamente Limitada 1	Constantemente húmedo 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Muy mala 1	TOTAL

Percepción Sensorial: capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

<b>Sin limitaciones 4 puntos</b>	<b>Responde a ordenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</b>
Ligeramente limitada 3 puntos	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 sus extremidades.
Muy limitada 2 puntos	Reacciona sólo 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 mas de la mitad del cuerpo.
Completamente limitada 1 punto	Al tener disminuida el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulo doloroso ( se queja, se estremece o agarrota) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo



Exposición A La Humedad: nivel de exposición de la piel a la humedad.

<b>Raramente húmeda 4 puntos</b>	<b>La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.</b>
Ocasionalmente húmeda 3 puntos	La piel está ocasionalmente, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.
A menudo húmeda 2 puntos	La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.
Constantemente húmeda 1 punto	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración orina, otros fluidos, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

Actividad: nivel de actividad física.

<b>Sin limitaciones 4 puntos</b>	<b>Deambula fuera de la habitación al menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.</b>
Deambula ocasionalmente 3 puntos	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.
En silla 2 puntos	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas
Encamado 1 punto	Paciente constantemente encamado

Movilidad: capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

<b>Sin limitaciones 4 puntos</b>	<b>Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</b>
Ligeramente limitada 3 puntos	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.
Muy limitada 2 puntos	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.
Completamente inmóvil 1 punto	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

Nutrición: patrón usual de ingesta de alimentos.

<b>Excelente 4 puntos</b>	<b>Ingiere la mayor parte de cada comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</b>
Adecuada 3 puntos	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 servicios al día de proteínas (carnes o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG .
Probablemente inadecuada 2 puntos	Raramente come una comida completa y generalmente come 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 SNG
Muy pobre 1 punto	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come 2 servicios o menos aporte proteico (carnes o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de 5 días.

Roce y Peligro de Lesiones.

<b>No hay fricción 3 puntos</b>	<b>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.</b>
Fricción ocasional 2 puntos	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, sillas, sistema de sujeción y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.
Constante fricción 1 puntos	Requiere de moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes reposicionamiento con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce un roce casi constante.

**Actividad**

**1.- ¿Qué se determina utilizando la escala de Glasgow en un paciente?**

---

---

---

---

---

---

**2.- ¿Qué se determina utilizando la escala de Norton en un paciente?**

---

---

---

---

---

---

**3.- ¿Qué se determina utilizando la escala de Braden en un paciente?**

---

---

---

---

---

---

**4.- ¿Qué es una ulcera por presión?**

---

---

---

---

---

---

**5.- Mencione los 3 aspectos que evalúa la escala de Glasgow en el paciente.**

---

---

---

---

---

---

**6.- Menciones los 5 aspectos que evalúa la escala de Norton en el paciente.**

---

---

---

---

---

---

**7.- Mencione los 6 aspectos que evalúa la escala de Braden en el paciente.**

---

---

---

---

---

---

**8.- Indique ¿Cuál es la puntuación a considerar en la escala de Glasgow?**

---

---

---

---

**9.- Indique ¿Cuál es la puntuación a considerar en la escala de Norton?**

---

---

---

---

**10.- Indique ¿ Cual es la puntuación a considerar en la escala de Braden?**

---

---

---

---

## Respuestas preguntas anteriores

- 1.- Valoración del nivel de conciencia en el paciente.
- 2.- Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos.
- 3.- Escala de Braden es una escala de riesgo del paciente que se aplica a diariamente para valorar y prevenir la aparición de UPP.
- 4.- Corresponde a una lesión localizada causada por presión no controlada y prolongada, que determina un daño en piel y partes blandas.
- 5.- Respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora.
- 6.- Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de Líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.
- 7.- Percepción sensorial, Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición, Fricción y Rozamiento.
- 8.- Puntuación: 15 normal, < 9 gravedad y 3 coma profundo.
- 9.- Puntuación: 5 a 9 riesgo muy alto, 10 a 12 riesgo alto, 13 a 14 riesgo medio y > 14 riesgo mínimo/sin riesgo.
- 10.- Puntuación: <12 alto riesgo, 13 a 14 riesgo moderado y 15 a 16 bajo riesgo.

## Bibliografía.

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

<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/escala-norton-ulceras.html>

<https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>