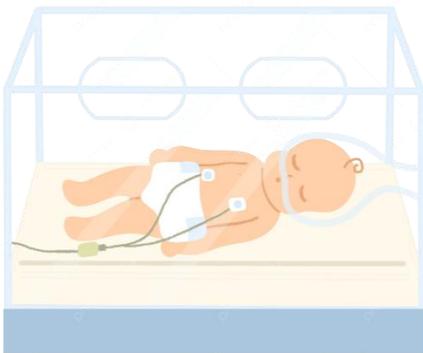




# ESCALAS PREMATUROS, NEONATOS Y PEDIÁTRICAS

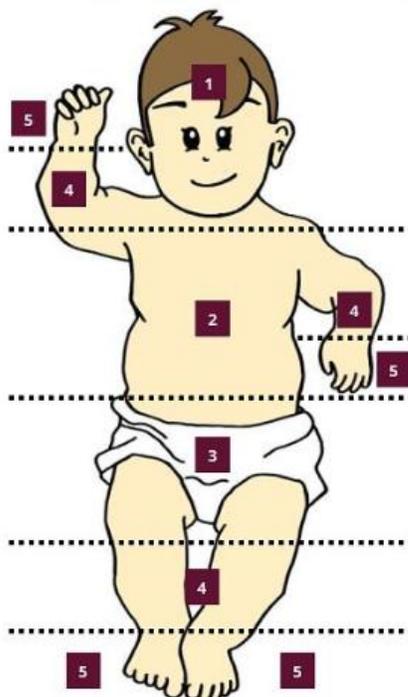




## ESCALA DE KRAMER



### ESCALA DE KRAMER



Zona	Definición	Bilirrubinas totales
1	Cabeza y cuello	5.8 md/dl (100 $\mu\text{mol/l}$ )
2	Parte superior del tronco, hasta el ombligo	8.8 md/dl (150 $\mu\text{mol/l}$ )
3	Parte inferior del tronco, desde el ombligo hasta las rodillas	11.7 md/dl (200 $\mu\text{mol/l}$ )
4	Brazos y piernas	14.7 md/dl (250 $\mu\text{mol/l}$ )
5	Palmas y plantas	>14.7 md/dl (>250 $\mu\text{mol/l}$ )

Se recomienda usar la escala de Kramer solo para **determinar la ausencia o presencia de ictericia** (sobre todo en primer nivel de atención).

**Ictericia:** Coloración amarilla de la piel y las mucosas, que se presenta cuando las bilirrubinas en sangre se encuentran elevadas (hiperbilirrubinemia).

Aproximadamente el 60% de los recién nacidos de término y el 80% de los prematuros desarrollan ictericia en la primera semana de vida, así como el 10% de los recién nacidos alimentados con seno materno presentan ictericia durante el primer mes de vida.

**TIP:** La ictericia se manifiesta cuando la bilirrubina total es >5 mg/dl.





## ESCALA IPAT

Herramienta de evaluación del posicionamiento infantil (IPAT)			
Indicador	0	1	2
<b>Cabeza</b>	 Cabeza girada lateralmente (1º-Dº) >45º desde la línea media	 Cabeza girada lateralmente (1º-Dº) 30-45º desde la línea media	 Cabeza alineada (1º-Dº) 0-30º desde línea media
<b>Cuello</b>	 Cuello en hiperextensión	 Cuello neutro	 Cabeza ligeramente flexionada hacia adelante 10º
<b>Hombro</b>	 Hombros retraídos	 Hombros alineados, brazos en flexión parcial y plegados en cama	 Hombros redondeados, brazos en flexión en línea media
<b>Manos</b>	 Manos separadas del cuerpo	 Manos tocando el abdomen	 Manos tocando el rostro
<b>Caderas y pelvis</b>	 Caderas abducidas, externamente rotadas	 Caderas alineadas pero extendidas	 Caderas alineadas y suavemente flexionadas
<b>Rodillas, tobillos y pies</b>	 Rodillas extendidas, tobillos y pies rotados externamente	 Rodillas, tobillos, pies alineados pero extendidos	 Rodillas, tobillos, pies alineados y flexionados suavemente
<b>PUNTAJE:</b> (12) Puntuación acumulativa ideal      (11-9) Puntuación acumulativa aceptable (8<) Necesidad de REPOSICIONAMIENTO			





## ESCALA PIPP (DOLOR EN PREMATUROS)

### PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O <sub>2</sub> *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

\* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso

\* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

**Interpretación:** dolor leve o no dolor dolor moderado dolor intenso





## ESCALA CRIES (DOLOR POSTOPERATORIO EN EL RECIÉN NACIDO)

### Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995)

Parámetro	0	1	2
Llanto*	No llora, tranquilo	Lloriqueo consolable	Llanto intenso no consolable
Fi O <sub>2</sub> para Sat O <sub>2</sub> > 95%	0,21	≤ 0,3	> 0,3
FC y TA sistólica	≤ basal	Aumento ≤ 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

\* El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales





## ESCALA FINNEGAN

### SCORE DE FINNEGAN MODIFICADO (SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL)

Alteración SNC							
• Llanto agudo	2						
• Llanto agudo continuo	3						
• Duerme menos de 3 horas después de toma	1						
• Duerme menos de 2 horas después de toma	2						
• Duerme menos de 1 hora después de toma	3						
• Reflejo de Moro hiperactivo	2						
• Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3						
• Temblores leves a la estimulación	1						
• Temblores moderados a la estimulación	2						
• Temblores leves espontáneos	3						
• Temblores moderados espontáneos	4						
• Hipertonía muscular	2						
• Escoriaciones	1						
• Mioclonías	3						
• Convulsiones generalizadas	5						
Alteraciones metabólicas, vasomotoras, respiratorias							
• Sudoración	1						
• Fiebre <38,4°C	1						
• Fiebre >38,4°C	2						
• Bostezos (>3-4 veces por Intervalo)	1						
• Erupciones cutáneas fugaces	1						
• Obstrucción nasal	1						
• Estornudos (>3-4veces por intervalo)	1						
• Aleteo nasal	2						
• Frecuencia respiratoria >60x'	1						
• Dificultad respiratoria/tiraje	2						
Alteraciones gastrointestinales							
• Succión Excesiva (con avidez)	1						
• Rechazo alimentario	2						
• Regurgitaciones	2						
• Vómitos intensos	3						
• Depositiones disgregadas	2						
• Depositiones líquidas	3						
<b>TOTAL</b>							

#### Interpretación de la Escala Finnegan:

0-7: No Síndrome de Abstinencia.

8-12: Síndrome de Abstinencia Leve o Moderado.

13-16: Síndrome de Abstinencia Moderado – Severo.

>16: Síndrome d Abstinencia Severo.

**La puntuación de 8 o superior, en tres valoraciones consecutivas, exige el tratamiento con opiáceos y depresores del SNC**





## ESCALA NIPS (DOLOR NEONATAL E INFANTIL)

### NIPS (ESCALA NEOANTAL E INFANTIL)

PARÁMETROS

	0	2	3
EXPRESIÓN FACIAL	 Relajada, expresión neutra	 Ceño fruncido, contracción facial	
LLANTO	 Ausencia de llanto	 Llanto intermitente	 Llanto vigoroso continuo
PATRÓN RESPIRATORIO	 Relajado, patrón respiratorio habitual	 Cambios respiratorios, irregular y más rápido	
MOV. DE BRAZO	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
MOV. DE PIERNAS	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
NIVEL DE CONCIENCIA	 Dormido o despierto, pero tranquilo	 Inquieto	
FECUENCIA CARDÍACA	 Aumento < 10% respecto a la basal	 Aumento del TI al 20% respecto a la basal	 Aumento > 20% respecto a la basal
SATURACIÓN DE OXÍGENO	 No precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	 Precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	

- **Variables:** evalúa 6 variables (expresión facial, llanto, patrón respiratorio, postura -se incluyen aquí movimientos de brazos y piernas- y excitación) asignando a cada una un valor entre 0 y 2
- **Utilidad clínica:** evaluación durante la realización de procedimientos en RN entre las 28-38 semanas.
- **Puntuación:** Una puntuación de 0 indicaría no dolor y una puntuación de 7 sería el máximo de dolor.



# ESCALA N-PASS (DOLOR NEONATAL, ESCALA DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN)

## N-PASS. DOLOR NEONATAL, ESCALA DE AGITACIÓN Y SEDACIÓN\*

\* En niños menores de 30 semanas se añadirá un punto más al resultado final

CRITERIO DE EVOLUCIÓN	SEDACIÓN		SEDACIÓN / DOLOR	DOLOR / AGITACIÓN	
	- 2	- 1	0/0	1	2
<b>Llanto/irritabilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No llora con estímulos dolorosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gime o llora con pocos estímulos dolorosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin sedación</li> <li>Sin signos del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritable o con ataques de llanto</li> <li>Se puede tranquilizar (consolar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Llanto continuo, silencioso o agudo</li> <li>No se tranquiliza (inconsolable)</li> </ul>
<b>Comportamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se despierta con estímulos</li> <li>No se mueve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se despierta minimamente con estímulos</li> <li>Se mueve muy poco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin sedación</li> <li>Sin signos del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inquieto, se retuerce</li> <li>Se despierta seguido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se arquea y pateo</li> <li>Está despierto todo el tiempo o se despierta un poco</li> <li>No se mueve (no está sedado)</li> </ul>
<b>Expresión Facial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene la boca relajada</li> <li>Sin expresiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poca expresión con estímulos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin sedación</li> <li>Sin signos del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demuestra dolor esporádicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demuestra dolor continuamente</li> </ul>
<b>Tono muscular y brazos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin reflejo de agarre o reflejo palmar</li> <li>Tono flácido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reflejo de agarre o palmar débil</li> <li>Hipotonía muscular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin sedación</li> <li>Sin signos del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocasionalmente, los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano</li> <li>No tiene el cuerpo tenso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los dedos de los pies y los puños apretados o abre y separa los dedos de la mano</li> <li>Tiene el cuerpo tenso</li> </ul>
<b>Signos vitales</b> (ritmo cardíaco y respiratorio presión arterial SpO <sub>2</sub> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>No hay cambio con estímulos</li> <li>Hiperventilación o apnea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Variación menor del 10% de los valores iniciales, con estímulos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sin sedación</li> <li>Sin signos del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 10% a 20% por encima de los valores iniciales SaO<sub>2</sub>: a 76% a 85% con estímulos; aumento rápido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento del 10% a 20% por encima de los valores iniciales SaO<sub>2</sub>: menor o igual a 76%; aumento lento.</li> </ul>

- **Variables:** 4 criterios conductuales y 4 criterios fisiológicos; llanto, irritabilidad, comportamiento, expresión facial, tono de extremidades, signos vitales, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial y oximetría de pulso.
- **Utilidad clínica:** evaluación de neonatos con dolor agudo, también empleada para valorar el nivel de sedación.
- **Puntuación:** Su puntuación máxima es +10 (aunque en grandes prematuros < 30 s. es +11) con una puntuación  $\geq 4$  se recomienda el empleo de medidas farmacológicas. Por otro lado, se podrá obtener puntuaciones negativas en sedaciones, siendo -10 (-11 en grandes prematuros) el máximo.





## ESCALA COMFORT

# ESCALA COMFORT

	ALERTA	AGITACIÓN	EN NIÑOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA RESPUESTA RESPIRATORIA	EN NIÑOS CON RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA LLANTO	MOVIMIENTOS FÍSICOS	TONO MUSCULAR	TENSIÓN FACIAL
1	 Profundamente dormido	 Calmado	 No respiración espontánea	 Lucha con el respirador	 No movimientos	 Músculos relajados	 Totalmente relajados
2	 Ligeramente dormido	 Ligeramente ansioso	 Respiración espontánea	 Tranquilo, no llanto	 Ocasionales	 Tono muscular reducido	 Tono facial normal
3	 Somnoliento	 Ansioso	 Resistencia al respirar	 Llanto ocasional	 Frecuentes y suaves	 Tono muscular normal	 Aumento de tono evidenciable en algunos grupos musculares
4	 Despierto y alerta	 Muy ansioso	 Resistencia al respirar, tos regular	 Quejido monótono	 Vigorous limitados a extremidades	 Aumento del tono muscular	 Tono aumentado en muchos grupos musculares
5	 Despierto y alerta (exagera la respuesta al estímulo)	 Pánico		 Llanto	 Vigorous incluyen cabeza y tronco	 Tono muscular, extremadamente aumentado	 Músculos faciales muy contraídos

- **Variables:** mide 7 parámetros y cada uno de ellos tiene valores que van desde 1 a 5 puntos; por lo tanto, la puntuación máxima nos estaría hablando de dolor extremo y la mínima de 7 puntos indican control adecuado del dolor
- **Utilidad clínica:** evalúa los signos conductuales y fisiológicos como la ventilación espontánea u asistida, despierto o en estado de sedación. Tono muscular, movimientos corporales, expresión facial, frecuencia cardíaca y presión arterial. Es por ello por lo que al ser tan completa está validada para la UCIN.
- **Puntuación:** 8-10 sedación muy profunda; 10-17 sedación profunda; 18-26 sedación superficial; >27 No sedación.





# ESCALA NSRAS (RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN)

Escala NSRAS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) es la escala que se utiliza en neonatología para la prevención de las úlceras por presión en bebés de 0-30 días



www.uppediatria.org  
@UPPpediatria

**e-NSRAS**

@Creative\_Nurse

**Neonatal Skin Risk Assessment Scale**



CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
<b>1</b> EDAD-GESTACIONAL <b>≤28</b> semanas	<b>COMPLETAMENTE LIMITADO</b>  NO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS	<b>COMPLETAMENTE INMOVIL</b>  NO REALIZA NI SÚBLIMA FRECUENTES CAMBIOS DE POSICIÓN	<b>COMPLETAMENTE ENCAMADO/A</b>  EN CURA TÉCNICA EN UCI	<b>MUY DEFICIENTE</b>  EN ANÁLISIS Y/O EQUIVOCOS INTERVENIDOS MP O STP	<b>PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA</b>  PIEL MOJADA/INJERIDA CADA VEZ QUE SE MUEVE EL SUELO
<b>2</b> <b>&gt;28</b> <b>≤33</b> semanas	<b>MUY LIMITADO</b>  RESPONDE SOLO A ESTÍMULOS DOLOROSOS	<b>MUY LIMITADA</b>  OCASIONALMENTE REALIZA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	<b>ENCAMADO/A</b>  EN INCUBADORA DE DOBLE PARED EN UCI	<b>INADECUADA</b>  + CANTIDAD DE LA ÓPTIMA LECHE MATERNA Y/O ARTIFICIAL + MP O STP	<b>PIEL HÚMEDA</b>  PIEL HÚMEDA CON FRECUENCIA PERO NO SIEMPRE (CAMBIO SÁBANAS 3 VECES/DÍA)
<b>3</b> <b>&gt;33</b> <b>≤38</b> semanas	<b>LIGERAMENTE LIMITADO</b>  LETÁRGICO	<b>LIGERAMENTE LIMITADA</b>  FRECUENTEMENTE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN	<b>LIGERAMENTE LIMITADA</b>  EN INCUBADORA DE PARED SIMPLE O DOBLE EN CUIDADOS INTERMEDIOS	<b>ADECUADA</b>  ALIMENTACIÓN ENTRAL	<b>PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA</b>  PIEL HÚMEDA OCASIONALMENTE (CAMBIO SÁBANAS 1 VEZ/DÍA)
<b>4</b> <b>&gt;38</b> hasta posttérmino semanas	<b>SIN LIMITACIONES</b>  ALERTA Y ACTIVO	<b>SIN LIMITACIONES</b>  REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN IMPORTANTES CON FRECUENCIA Y SIN AYUDA	<b>SIN LIMITACIONES</b>  EN CURA ABIERTA	<b>EXCELENTE</b>  LACTANCIA MATERNA O RETERNA	<b>PIEL RARA VEZ HÚMEDA</b>  PIEL HABITUALMENTE SECA (CAMBIO SÁBANAS SOLO CADA 24 HORAS)

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles

Neonato **CON** riesgo de UPP ≤ 17 puntos  
Neonato **SIN** riesgo de UPP > 17 puntos

Neonato con riesgo **ALTO** de UPP < 13 puntos  
Neonato con riesgo **MODERADO** de UPP 13-17 puntos  
Neonato con riesgo **BAJO** de UPP > 17 puntos

Escala e-NSRAS. Autor: Dr Pablo García-Molina P. 2015. Adaptada de la original. Huffines & Logsdon, 1997



449 9 94 67 20

www.issea.gob.mx

Av. Manuel Gómez Morin S/N  
Fracc. Alameda, C.P. 20259

PSSE: MARTINEZ MARTIN DEL CAMPO MARIA GUADALUPE  
COORD. PLACE CLAUDIA CECILIA CAREÓN MARTÍNEZ



## ESCALA DE MACDEMS

Escala de Macdems – Riesgo de Caída (0 a 12 años)		
Indicadores	Opción de Respuesta	Puntuación
• Edad	Recién Nacido	2
	Lactante Menor	2
	Lactante Mayor	3
	Pre - Escolar	3
	Escolar	1
• Antecedente de caída	NO	0
	SI	1
• Antecedentes	Hiperactividad	1
	Problemas Neuro-musculares	1
	Síndrome Convulsivo	1
	Daño Orgánico Cerebral	1
	Otros	1
	Sin Antecedentes	0
• Compromiso de conciencia	No	1
	Si	0
<b>PUNTUACION TOTAL</b>		
Riesgo	Puntuación	Acción
• Bajo	0 a 1 punto	Cuidados bajos de Enfermería <input type="radio"/>
• Medio	2 a 3 puntos	Requiere Plan de Intervención <input type="radio"/>
• Alto	4 a 6 puntos	Requiere medidas especiales <input type="radio"/>





## ESCALA DE FLEBITIS

### Escala de valoración visual de flebitis Maddox

L.E. ALEX SANTIAGO

Es una herramienta que se utiliza para evaluar la gravedad de la flebitis en pacientes con catéteres intravenosos periféricos. La escala fue desarrollada en 1977 por el farmacéutico Richard Leach Maddox

yoameoenfermeriablog.com

Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón venoso palpable

0

Sin signos de flebitis que se **OBSERVEN** en el sitio de inserción.



Dolor sin eritema, sin hinchazón. ni cordón palpable en la zona de punción.

1

Posible signo de flebitis, **OBSERVE** punto de inserción



Dolor con eritema y / o hinchazón sin cordón venoso palpable en la punción.

2

Inicio de flebitis **retirar el catéter.**



Dolor , eritema, hinchazón endurecimiento o cordón venoso palpable < 6 cm por encima del sitio de puncion

3

Etapa media de flebitis **RETIRAR** catéter y valorar tratamiento.



Dolor, eritema, hinchazón endurecimiento o cordón venoso palpable < 6 cm por encima del sitio de puncion, purulencia

4

Avanzado estado de flebitis **RETIRAR** catéter y valorar tratamiento.



Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detección de percusión

5

Tromboflebitis **RETIRAR** catéter el iniciar tratamiento.





## ESCALA DE INFILTRACIÓN

ESCALA DE VALORACIÓN DE INFILTRACIÓN	
GRADO	CRITERIO CLINICO
0	No hay síntomas
1	Piel blanquecina, edema >2.5 cm en cualquier dirección, fría al tacto y con o sin dolor.
2	Piel blanquecina, edema 2.5- 15 cm en cualquier dirección, fría al tacto y con o sin dolor.
3	Piel blanquecina, edema <15 cm en cualquier dirección, fría al tacto, dolor de leve a moderado, posible entumecimiento
4	Piel blanquecina, traslucida, tensa, salida de líquido, decolorada, contusiones, inflamada, grueso, con fuga de contenido edema >15 cm en cualquier dirección, alteración circulatoria, dolor moderado o severo. Infiltración de cualquier cantidad de productos hemáticos, irritantes o vesicantes





## ESCALA DE GLASGOW

**Cuadro # 1.** Escala de Coma de Glasgow Modificada para lactantes y niños

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular	Espontánea	Espontánea
4	A la orden verbal	Al grito
3	Al dolor	Al dolor
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta Motriz	Obedece órdenes	Espontánea
6	Localiza el dolor	Localiza el dolor
5	Defensa al dolor	Defensa al dolor
4	Flexión anormal	Flexión anormal
3	Extensión anormal	Extensión anormal
2	Ninguna	Ninguna
1		
Respuesta verbal	Se orienta – conversa	Balbucea
5	Conversa confusa	Llora – consolable
4	Palabras inadecuada	Llora persistente
3	Sonidos raros	Gruñe o se queja
2	Ninguna	Ninguna
1		

