



Nombre del Alumno: Yubitza Ascencio Galera.

Nombre del tema: Escalas de Valoración

Parcial: 2°.

Nombre de la Materia: Practicas Profesionales.

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 9°.

Lugar y Fecha de Elaboración: Pichucalco, Chiapas; a 14 de Junio del 2024.

Escalas de Valoración.

Glasgow.

La Escala de Coma de Glasgow, en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS), es una escala neurológica que mide el nivel de conciencia de una persona y sirve para valorar el nivel de conciencia de una persona con daño cerebral.

La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora.**

Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida.

El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos.



Intervenciones de Enfermería:

1. El manejo inicial de todo paciente con TCE grave debe estar orientado al ABCD de la reanimación de cualquier paciente traumatizado.
2. Se recomienda que los pacientes adultos con TCE grave Glasgow < 8, sean intubados por vía oro-traqueal, utilizando una secuencia de intubación rápida, que incluya un medicamento inductor y un medicamento relajante neuromuscular.
 - Fentanyl Dosis: 1 µg/Kg.
 - Midazolam Dosis: 0.1 mg/Kg.
 - Succinilcolina Dosis: 1 mg/Kg.
3. Utilizar soluciones salinas isotónicas como el suero salino 0.9%.
4. Establecer dos vías periféricas de grueso calibre (14-16 Fr).
5. Preferir venas de las extremidades superiores y evitar utilizar venas que crucen sitios lesionados.
6. En pacientes con trauma mayor usar un acceso intravenoso periférico o acceso intraóseo, mientras se tiene un acceso central.
7. Se recomienda el uso de electrocardiografía y monitorización invasiva de la presión arterial en todos pacientes inestables.
8. Evaluar a todo paciente con la Escala de Coma de Glasgow antes de sedar al paciente con énfasis en la respuesta motora.
9. La posición de la cabeza se debe mantener de 15 a 30 grados de inclinación en pacientes hemodinámicamente estables, en línea media, evitando la rotación y la flexo extensión del cuello (estas medidas mejoran el retorno venoso a través de las venas yugulares).
10. Garantizar euvolemia con aporte de solución salina al 0.9 % y/o componentes hemáticos según necesidad, en caso de hipotensión se podrían utilizar drogas vasoactivas y en caso de requerirse, el fármaco de primera elección es la noradrenalina.
11. Mantener niveles de hemoglobina ≥ 10 gr/dl.
12. Mantener SaO₂ $\geq 95\%$.
13. Mantener normocapnia, evitar valores de PaCO₂ < 35 mm/H.
14. Se recomienda evitar glucemias mayores de 180 mg/dl con un control estricto de la glucemia.
15. Evitar la hiponatremia, manteniendo una natremia de 140-155 mEq/L.
16. Monitorizar electrolitos plasmáticos, glucemia, hematocrito/hemoglobina, plaquetas, pruebas de coagulación, gasometría arterial y venosa, tipificación de grupo y Rh.
17. La profilaxis anticonvulsiva debe realizarse durante 7 días con el propósito de prevenir convulsiones tempranas. Entre las opciones están la fenitoina y ácido valproico.

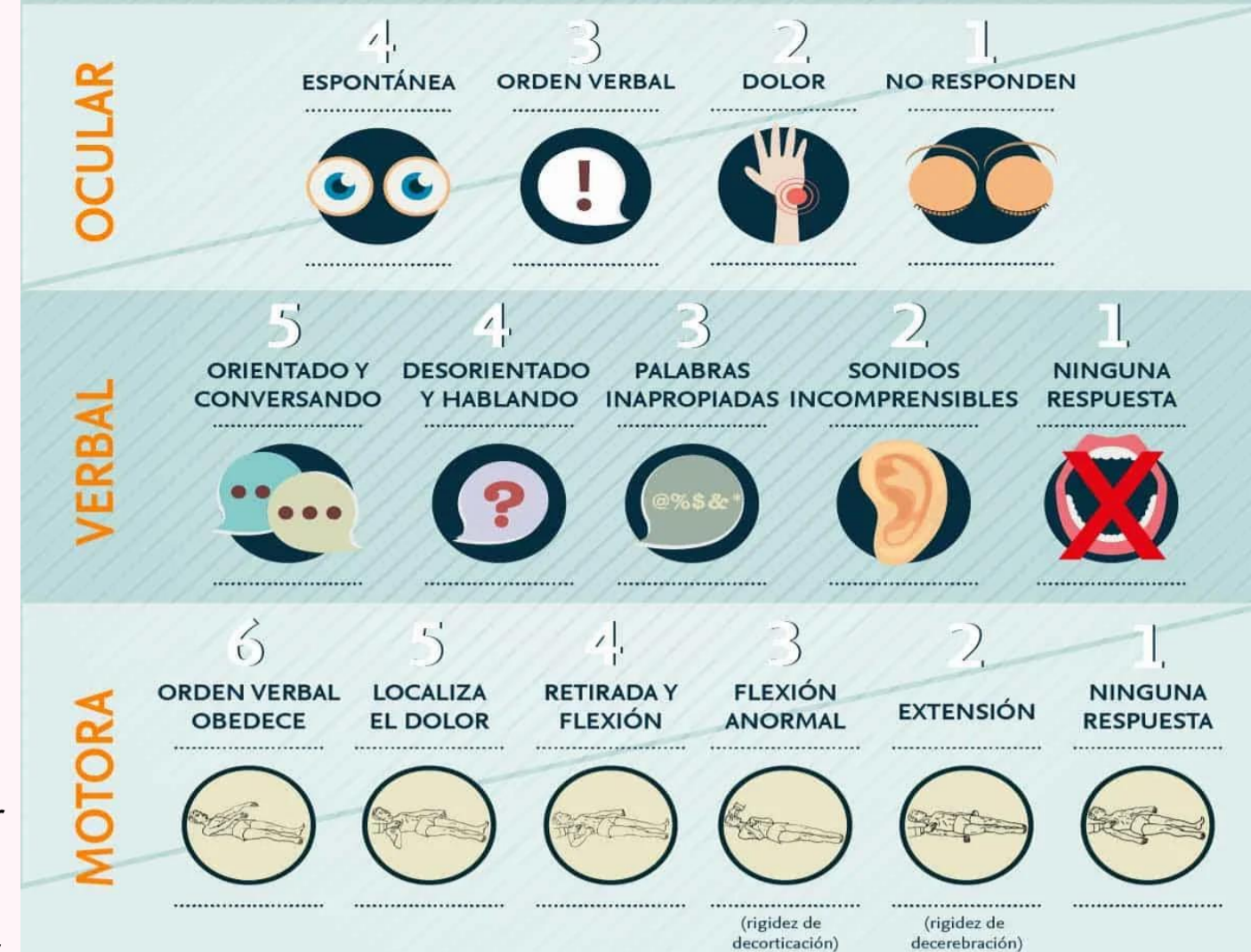
Se recomienda que el paciente con TEC grave deba tener como monitorización lo siguiente:

- Presión arterial continua mediante línea arterial,
- Presión venosa central (PVC) mediante una vía venosa central,
- Medición continua de diuresis mediante catéter urinario permanente,
- Medición continua de CO₂ espirado mediante capnografía,
- Medición pupilar seriada (Cuadro 2).
- Medición de la presión intracraneana.
- Medición de gases arteriales.
- Tanto la solución salina hipertónica al 7.5% como el manitol al 20% pueden ser utilizados como osmotherapia.
- Se recomienda el uso de midazolam, propofol y tiopental para la sedación.

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.



Ramsay.

Es una escala subjetiva para evaluar el grado de sedación en los pacientes y una de las más utilizadas. Su objetivo es controlar el nivel de sedación de un paciente para evitar que su aplicación sea insuficiente o excesiva.

- **Despierto, ansioso y agitado.**
- **Despierto, cooperados, orientado y tranquilo.**
- **Dormido con respuesta a órdenes.**
- **Somnoliento con breves respuestas a la luz y al sonido.**
- **Dormido con respuesta solo al dolor.**
- **Profundamente dormido, sin respuesta a estímulos.**

- Nivel 1: se encuentra despierto, inquieto, ansioso y agitado.
- Nivel 2: sigue despierto pero está relajado, orientado y se muestra cooperador.
- Nivel 3: paciente dormido que puede responder a estímulos verbales y obedecer a las órdenes.
- Nivel 4: continúa dormido, pero con ligera respuesta a la luz y el sonido
- Nivel 5: únicamente presenta respuesta al dolor
- Nivel 6: paciente profundamente dormido que no presenta ninguna respuesta a estímulos



Intervenciones de Enfermería:

- Evitar en lo posible la broncoaspiración del paciente, teniendo el equipo y sondas de aspiración disponibles en caso de ser necesario.
- Regular la temperatura, seguridad y confort.
- Prevenir las caídas, manejar el dolor de los pacientes
- Estar atentos de la administración de analgésicos, dosis y a la hora indicada por el médico.
- Vigilar los cuidados del sitio de la herida quirúrgica, mantenerla cubierta con apósitos para así evitar complicaciones tardías como las infecciones, seromas y formación de abscesos.
- Vigilar los drenajes aprendiendo su manejo como ver su coloración que les permita diferenciar que tipo de fluido es (sangre, orinas, líquido cefalorraquídeo, líquido peritoneal, contenido gástrico, bilis, saliva) ver siempre la cantidad, atentos con las horas que lleva el drenaje y reportar.
- Vigilar el catéter urinario y volumen urinario.
- Proporcionar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (limpiar el sudor, humedecer los labios, enjuagar la boca) Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Colocar al paciente para garantizar su comodidad (utilizando los principios de alineación del cuerpo, apoyo de la almohada, apoyo de las articulaciones durante el movimiento).
- Busque signos de presión o irritación en la piel, especialmente en las extremidades del cuerpo.
- No exponer la piel o las mucosas a sustancias irritantes (cuña, drenaje de heridas).
- Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación del mentón o empuje de la mandíbula.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos.
- Atender las necesidades de confort que promuevan la relajación y faciliten la capacidad de respuesta.
- Preparar la concentración adecuada de medicamentos intravenosos.
- Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto.
- Administrar la medicación a la velocidad adecuada.
- Mantener los apósitos ajustados y limpios, utilizar una técnica estéril al cambiar los apósitos e introducir el catéter.
- Observar la herida para ver si hay hemorragia o dehiscencia de las suturas, o si los apósitos están muy empapados de secreciones, cambiar los apósitos o informar al médico.
- Controlar regularmente la permeabilidad de la sonda y anotar cualquier problema de drenaje.
- Limpiar el ambiente adecuadamente.
- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril.
- Colocar al paciente y el sistema en la posición debida para favorecer el drenaje urinario anotar las características y cantidad del líquido drenado.

Valoración del estado de sedación del paciente

ESCALA DE RAMSAY

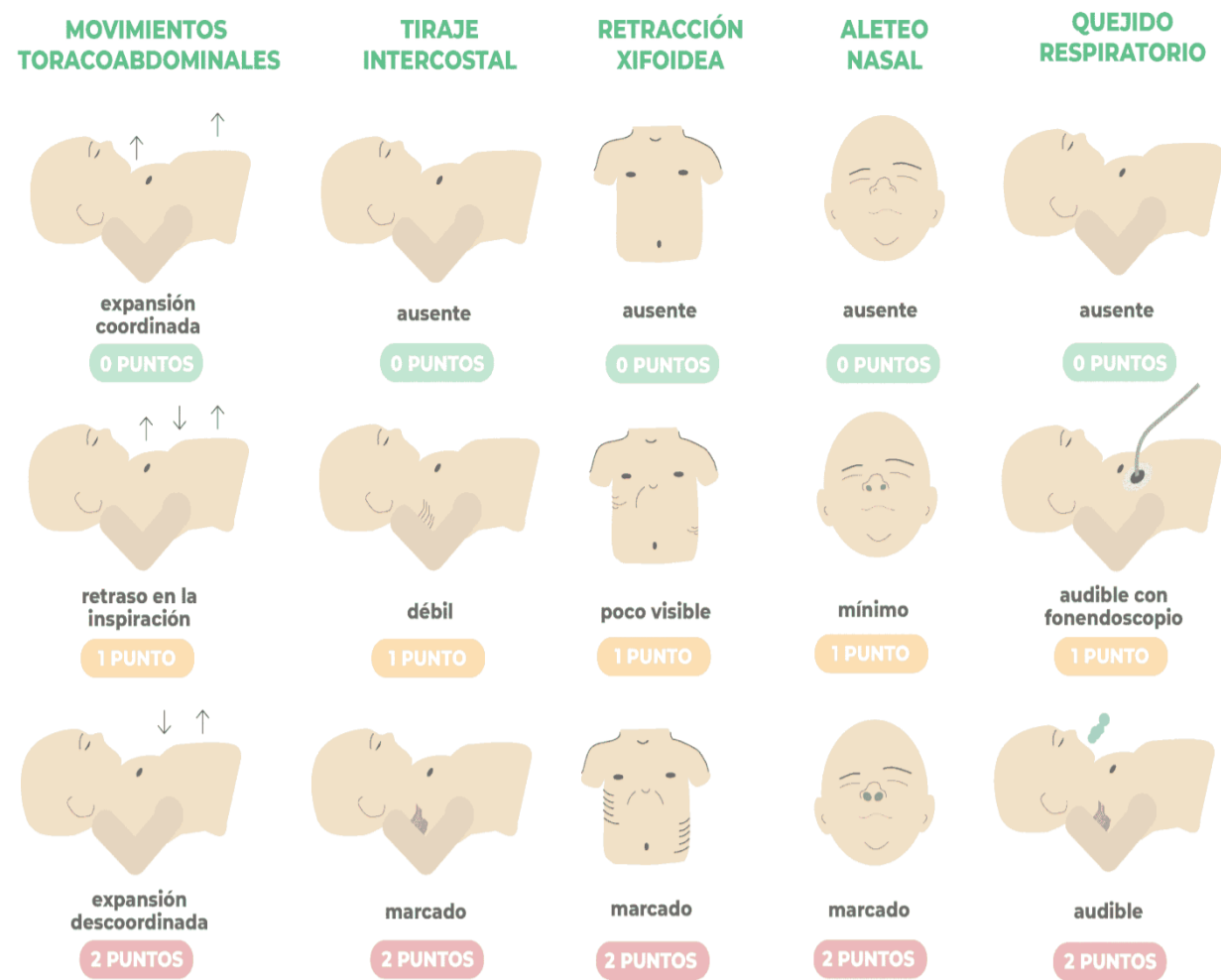
@Creative_Nurse

NIVEL	CARACTERÍSTICAS
1	Despierto, ansioso y agitado, no descansa
2	Despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Dormido con respuesta a órdenes
4	Somnoliento con breves respuestas a la luz y el sonido
5	Dormido con respuesta sólo al dolor
6	Profundamente dormido sin respuesta a estímulos



TEST DE SILVERMAN

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



Silverman.

La escala de Silverman (William Silverman y Dorothy Andersen 1956) es muy utilizada en las UCIN 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.

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.

Intervenciones de Enfermería:

- Realizar una valoración rápida y de tallada de la función respiratoria (30-60 segundos máximo) utilizando el TEP, para identificar el tipo y la gravedad del problema.
- Evaluar la apariencia: tono muscular (flácido, hipoactivo).
- Evaluar interacción con el entorno: grado de alerta, reacción al sonido cuando se le llama por el nombre, juega interactúa o rechaza el juego.
- Escuchar ruidos respiratorios audibles como estridor, quejidos o sibilancias, tos, ronquera o incapacidad de digerir la saliva.
- Valorar la perfusión de la piel: color, palidez, cianosis, observar signos de hemorragia dentro la piel, petequias o manchas púrpuras.
- Colocar al paciente en semifowler 30° a 45° para mejorar la expansibilidad torácica.
- Verificar la permeabilidad de las fosas nasales y bucales que se encuentren despejadas, libres de secreciones y objetos extraños.
- Observar la presencia de movimientos de tórax y abdomen, esfuerzo inspiratorio con retracciones, ruidos respiratorios con estridor agudo.
- Auscultar ruidos respiratorios: murmullo respiratorio, espiración prolongada, estertores.
- Asistir a fisioterapeuta o realizar limpieza de fosas nasales, para colocar al paciente decúbito lateral, con suero fisiológico, despacio, sin presión, hacia el interior de la nariz por una narina y por la otra logrando el arrastre de las mucosidades y permeabilizando las vías respiratorias.
- Fomentar la tos y la respiración profunda, efectuando un palmoteo rítmico sobre el tórax, para producir una onda de energía que es transmitida a través de la pared torácica a las vías aéreas, realizar procedimiento 3 veces al día durante 20 minutos.
- Realizar control de frecuencia respiratoria, saturación de O₂ y reportar novedades.
- Retirar el vestuario al paciente para observar movimientos de tórax y abdomen.
- Auscultar ruidos respiratorios y de la vía aérea justo debajo de ambas axilas y 2 cm abajo del apéndice xifoideas, para verificar el ingreso de aire a ambos campos pulmonares.
- Evaluar la expansión de ambos campos pulmonares del hemitórax derecho e izquierdo y determinar si es asimétrica o simétrica.
- Identificar signos de fatiga respiratoria, retracciones, aleteo nasal, irritabilidad, cianosis, que son signos de aumento del esfuerzo respiratorio al intervenir evitará que llegue a presentar un paro respiratorio.
- Realizar limpieza de fosas nasales con aplicador humedecido con suero fisiológico para facilitar la eliminación de secreciones secas.
- Administrar oxígeno suplementario según los requerimientos en base a la saturación de O₂ e indicación médica con dispositivos de bajo y alto flujo.
- Asistir al personal de fisioterapia respiratoria durante la administración de fármacos broncodilatadores en solución para inhalar o nebulizar según indicación médica.

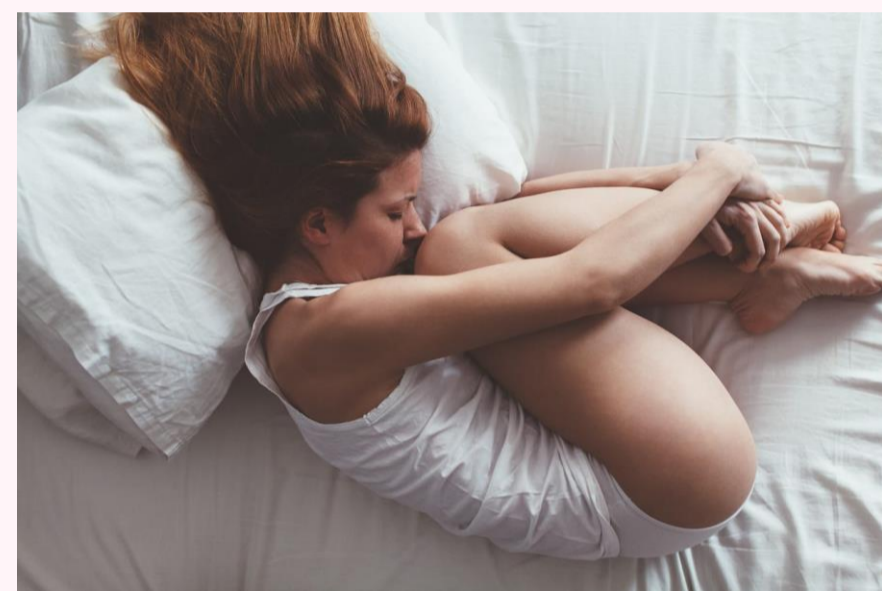


EVA.

Sus siglas significan "Escala Visual Analógica". Consiste en una **línea de 10 centímetros**. El paciente elegirá un valor entre el uno y el diez para **describir el dolor que siente**.

Con la escala EVA se dará una valoración del 0 al 10 al dolor, siendo el 0 ausencia de dolor y el 10 un dolor insoportable.

- (<4): Los valores inferiores a 4 indican que el dolor es leve o leve-moderado
- (4-6): En el caso que nos encontremos con una medición entre 4 y 6 centímetros, el dolor se considerará de moderado a moderado-grave
- (>6): Si los valores son mayores de 6 hablamos ya de un dolor que pasa de grave a insoportable.



Intervenciones de Enfermería:

- Aplicar protocolo de analgesia y evaluar efectividad del tratamiento.
- Evaluar la intensidad del dolor y registrar.
- Administrar la medicación analgésica según protocolo y volver a realizar la valoración del dolor.
- Averiguar si el paciente presenta alergias o procesos que puedan agravarse por los efectos de determinados analgésicos.
- Registrar alergias y/o intolerancias a los analgésicos.
- Comprobar las órdenes médicas
- Seguir los cinco principios de la administración de la medicación.
- Enseñar al paciente a aliviar o prevenir ciertos efectos secundarios.
- Controlar los signos vitales.
- Favorecer el descanso.
- Evitar factores ambientales irritantes.
- Determinar fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, vendajes constrictivos, ropa de cama mojada o arrugada.
- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad.



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.

Signos Somáticos de capurro:

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

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).

Nota: a la puntuación que nos da, se le suma 204 y se divide entre 7.

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 apergaminaadas (20 puntos)

Signos Neurológicos de Capurro:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

Rangos de edad gestacional

Por método de CAPURRO

V. E. Alicia 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.

Visita: yoaenfermeriablog.com



Forma de la OREJA (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación 0	Borde superior parcialmente incurvado 8	Todo el borde sup incurvado 16	Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZÓN	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 10	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 15	_____
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	Gruesa grietas profundas apergaminaadas 20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15	Surcos en mas de la mitad anterior 20

Apgar.

Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento. Se lleva a cabo al minuto y a los cinco minutos de nacer. Esta evaluación la puede hacer el pediatra o la enfermera que asiste al recién nacido.

En el test se puntúan 5 datos o parámetros:

- La frecuencia cardíaca del recién nacido; es decir, la velocidad a la que late su corazón.
- El esfuerzo que hace para respirar.
- El tono muscular, que se valora viendo la postura y los movimientos.
- La irritabilidad refleja, que es la respuesta y los gestos que hace el recién nacido ante los estímulos.
- El color de la piel.

Cada uno de los anteriores parámetros se evalúa con una escala del 0 al 2 y después se suman todos los puntos, de manera que la cifra final oscila entre el 0 y el 10.

La palabra APGAR, puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados: **Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración.**

Intervenciones de Enfermería:

- Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar.
- Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio.
- Comprobar la capacidad de succión del bebé.
- Observar el color y temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en una incubadora o calentador, si es necesario.
- Limpiar las vías aéreas de mucosidad inmediatamente después del nacimiento.
- Colocar al bebé en decúbito supino o lateral después de la alimentación.
- Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.

Crichton.

Es empleada en población adulta para la evaluación del riesgo de caídas. Se usa para determinar si tiene riesgo **bajo, moderado o alto.**

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		2	
TOTAL		10	
NIVEL DE RIESGO:	BAJO	MEDIANO	ALTO
	0 a 1	2 a 3	4 a 10

Contiene 10 ítems que miden aspectos funcionales básicos, cognoscitivos y sociales: movilidad, capacidad de comer, vestirse y bañarse, sueño, control de esfínteres, orientación, comunicación, cooperación y estado de ánimo.



Intervenciones de Enfermería:

- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene riesgo de caídas.
- Utilizar códigos de colores en la identificación que se coloca en la unidad del paciente, en la historia clínica y la manilla de identificación, según resultado de la escala (Riesgo Alto: Rojo; Riesgo Medio: Amarillo).
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio, según proceda.
- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
- Utilizar barandas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda cuando el familiar/cuidador primario esté ausente.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Sugerir el uso de calzado seguro.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.



ESCALA DE APGAR

Método simple y eficiente de medir la salud del recién nacido y de determinar si necesita o no alguna asistencia médica inmediata

www.experienciasdeumtecnicodeenfermagem.com
Experiências de um Técnico de Enfermagem

A	P	G	A	R
APARENCIA	PULSO	GESTICULACIÓN	ACTIVIDAD	RESPIRACIÓN
0 Cianosis o Palidez	0 Sin Pulso	0 Sin respuesta al estímulo	0 Ninguna o poca actividad	0 Ausente
1 Cianosis en las extremidades	1 <100	1 Estimulación agresiva	1 Algunos movimientos en los extremos	1 Baja/ento, irregular
2 Sin Cianosis	2 >100	2 Llanto vigoroso, tos o estornudo	2 Mucha actividad	2 Fuerte, llanto vigoroso
PUNTUACION				
7-10 Buena Vitalidad		4-6 Asfixia Moderada		0-3 Asfixia Grave

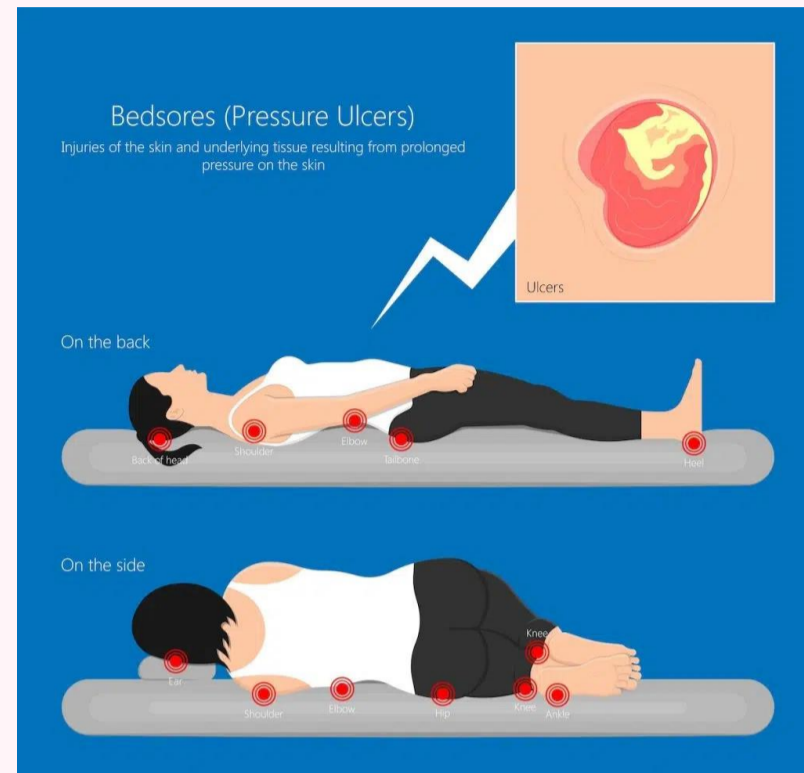


Braden.

La Escala de Braden es un método evaluativo desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada, una condición frecuentemente observada en entornos de neurorehabilitación.

Se basa en la valoración de seis criterios específicos:

- Percepción sensorial
- Humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Fricción y cizallamiento.



Intervenciones de Enfermería:

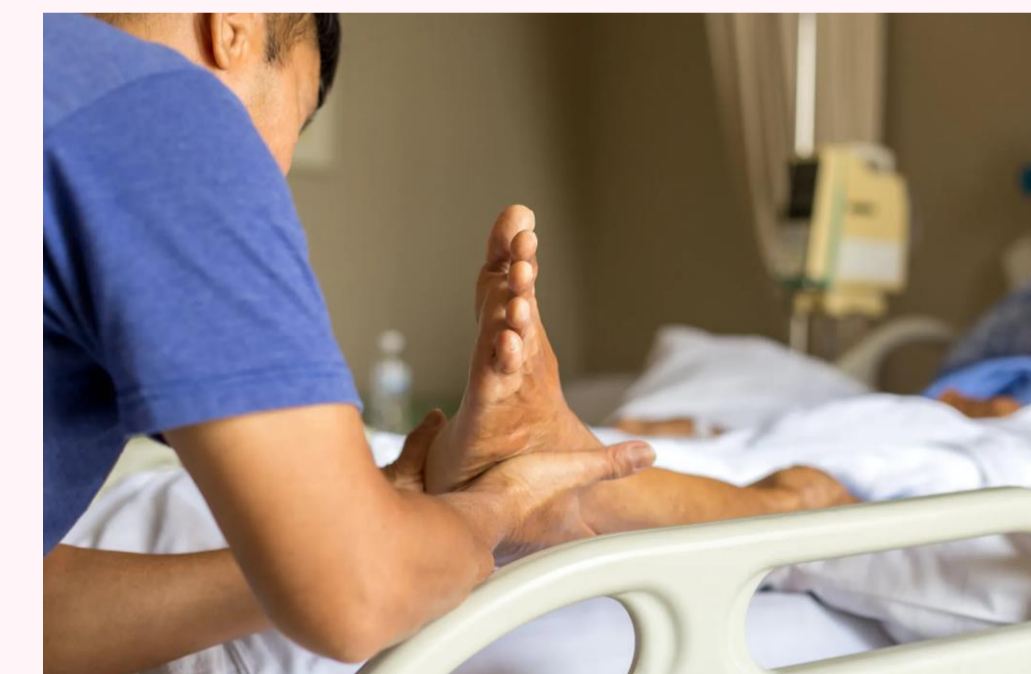
- Valorar el estado de la piel al ingreso y coincidiendo con el aseo diario, haciendo especial hincapié en las prominencias óseas.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal urinaria.
- Aplicar barreras de protección para eliminar el exceso de humedad si procede.
- 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 de paciente.
- Fomentar los ejercicios pasivos si procede.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales si procede.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Hidratar la piel seca intacta.
- Usar agua templada y jabón suave para el baño, aclarar y secar especialmente, sin frotar las zonas de riesgo.
- Vigilar las fuentes de presión y fricción.
- Aplicar protectores para zonas de riesgo.
- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- 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.

Cada criterio se puntúa de 1 a 4, excepto en el caso de fricción y cizallamiento, que se puntúa de 1 a 3. Una puntuación total más baja indica un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Las puntuaciones totales se clasifican generalmente de la siguiente manera:

- **19 a 23: Riesgo bajo**
- **15 a 18: Riesgo moderado**
- **13 a 14: Riesgo alto**
- **12 o menos: Riesgo muy alto**

ESCALA DE BRADEN					
PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN					
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 COMPLETAMENTE LIMITADA	2 MUY LIMITADA	3 LIGERAMENTE LIMITADA	4 SIN LIMITACIÓN	
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 CONSTANTEMENTE HUMEDA	2 MUY HUMEDA	3 OCASIONALMENTE HUMEDA	4 RARAMENTE HUMEDA	
ACTIVIDAD	1 EN CAMA	2 EN SILLA	3 DEAMBULACIÓN OCASIONAL	4 DEAMBULACIÓN FRECUENTE	
MOVILIDAD	1 INMOVIL	2 MUY LIMITADA	3 LIGERAMENTE LIMITADO	4 SIN LIMITACIÓN	
NUTRICIÓN	1 DESNUTRICIÓN	2 MUY POBRE	3 ADECUADA	4 MUY BUENA	
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	1 ES UN PROBLEMA AL MOVERLO	2 PARA MOVERSE REQUIERE AYUDA	3 NO EXISTE PROBLEMA APARENTE		
<p>RIESGO ALTO: < 12 PUNTOS RIESGO MODERADO: 13 A 14 PUNTOS RIESGO BAJO: > 15 PUNTOS</p>					

- 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. Encontrado en: <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/neurologicas/escala-coma-glasgow/> (14 de junio 2024)
2. Encontrado en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/604GRR.pdf> (14 de junio 2024)
3. Encontrado en: <https://enfermeriacreativa.com/2016/11/21/escala-de-ramsay/> (14 de junio 2024)
4. Encontrado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000600327 (14 de junio 2024)
5. Encontrado 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).) (14 de junio 2024)
6. Encontrado en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/10/1292987/cambios_20_vol_1_2021_art_17.pdf (14 de junio 2024)
7. Encontrado en: <https://ifses.es/escala-eva/> (14 de junio 2024)
8. Encontrado en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2021/02/12/edad-gestacional-capurro/> (14 de junio 2024)
9. Encontrado en: <https://www.aeped.es/rss/en-familia/test-apgar> (14 de junio 2024)
10. Encontrado en: <https://www.udocz.com/apuntes/478831/escala-de-crichton> (14 de junio 2024)
11. Encontrado en: <https://neurocenter.mx/escala-braden/> (14 de junio 2024)