



**Nombre del alumno:
Jazmín Gómez Domínguez**

**Nombre del tema:
Escalas**

**Parcial:
1ro**

**Nombre de la Materia: Práctica
clínica de enfermería 1**

**Nombre del profesor: Lic:
Mariano Walberto Balcazar
Velazco**

**Nombre de la Licenciatura:
Enfermería**

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre

Súper nota

ÚLCERAS POR PRESIÓN

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN, TAMBIÉN CONOCIDAS COMO ESCARAS O ÚLCERAS DE DECÚBITO, SON LESIONES EN LA PIEL Y TEJIDOS SUBYACENTES CAUSADAS POR UNA PRESIÓN PROLONGADA. SE DESARROLLAN CUANDO LA PRESIÓN SOBRE UN ÁREA DE LA PIEL BLOQUEA EL FLUJO SANGUÍNEO, LO QUE LLEVA A LA MUERTE DE LAS CÉLULAS Y LA FORMACIÓN DE UNA ÚLCERA.



FISIOPATOLOGÍA

La principal causa de la formación de una úlcera por presión, es la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros y la tolerancia de los tejidos a ésta. Por un lado tenemos el plano duro esquelético y prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y el otro plano duro generalmente externos a él, representado por la cama, silla, calzado u otros objetos.



CAUSA

• Factores que pueden causar úlceras por presión:

• **Presión:**

La presión constante sobre la piel puede disminuir el flujo sanguíneo, lo que impide que el oxígeno y nutrientes lleguen a los tejidos.

• **Fricción:**

La fricción puede dañar la piel, especialmente si es combinada con la presión.

• **Rozamiento:**

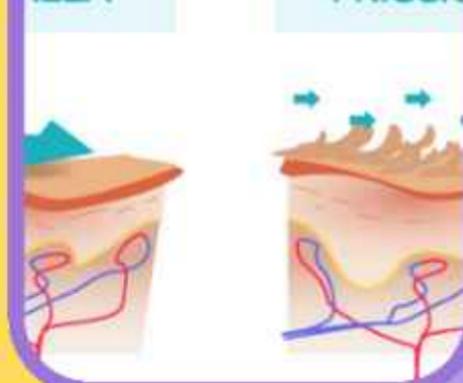
El roce continuo de la piel contra superficies duras puede provocar lesiones.

• **Inmovilidad:**

La incapacidad para cambiar de posición o moverse puede aumentar el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

ALLA

FRICCIÓN



CUADRO CLÍNICO

• **Cambios en el color de la piel:**

La piel puede verse enrojecida, descolorida u oscurecida, o incluso con tonos púrpura, azul o reluciente en pieles más oscuras.

• **Hinchazón:**

El área afectada puede estar hinchada.

• **Calor:**

La piel puede sentirse más caliente al tacto que otras áreas.

• **Sensibilidad y dolor:**

El área puede ser sensible al tacto o dolorosa.

• **Irritación:**

La piel puede estar irritada.

• **Enrojecimiento que no desaparece:**

Una zona de eritema (enrojecimiento) que no desaparece al retirar la presión es un signo temprano.

• **Ampollas o úlceras:**

La piel puede agrietarse, ampollarse o romperse, formando una llaga o úlcera.

• **Supuración y olor:**

Una úlcera por presión puede producir pus espeso, amarillo o verde, y puede desarrollar un olor desagradable si se infecta.



Complicaciones: infección



Estadios

Estadio 1:

La piel se ve enrojecida o rosada (en piel clara) o puede no haber alteraciones en el color (en piel oscura), con una sensación de calor y sensibilidad.

Estadio 2:

Pérdida parcial de la epidermis y/o dermis, con una úlcera poco profunda, base rosa o roja, posible formación de ampollas.

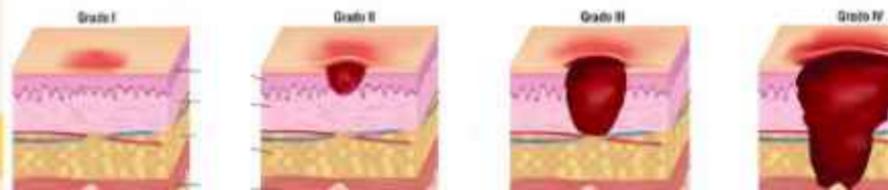
Estadio 3:

Pérdida total de la piel, la úlcera se extiende hasta la capa de grasa, pero no se ven estructuras profundas como músculos o huesos.

Estadio 4:

Destrucción total de la piel, exposición de huesos, tendones o músculos.

ESTADIOS DE ÚLCERAS



ÚLCERAS POR PRESIÓN: ESCALAS



ESCALA DE BRADEN

La Escala de Braden es una herramienta de evaluación que permite predecir el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes, especialmente aquellos con movilidad limitada. Se basa en la valoración de seis factores: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/cizallamiento.



ESCALA EMINA

La Escala EMINA es una herramienta para evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes. Se basa en cinco factores: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Cada factor se puntúa de 0 a 3, con un total que oscila entre 0 y 15, donde una puntuación mayor indica mayor riesgo.

ESCALA EMINA				
Parámetro	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
ESTADO MENTAL	Orientado	Desorientado o apático	Letárgico o inapercibido	Comatoso
MOVILIDAD	Completa	Ligeramente limitada	Limitación importante	Inmóvil
HEMERA O/A INCONTINENCIA	No	Urinaria o fecal ocasional	Urinaria o fecal habitual	Urinaria y fecal
NUTRICIÓN	Correcta	Ocasionalmente incompleta	Incompleta	No ingesta
ACTIVIDAD	Deambula	Deambula con ayuda	Siempre precisa ayuda	No deambula



ESCALA NORTON

La Escala de Norton es una herramienta para evaluar el riesgo de que un paciente desarrolle úlceras por presión (UPP). Se basa en cinco factores: condición física, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia, que se puntúan del 1 al 4. La puntuación total, que puede oscilar entre 5 y 20, indica el nivel de riesgo, siendo las puntuaciones más bajas las que indican mayor riesgo.



TRATAMIENTO

- **Reducir la presión:**

Esto se puede lograr cambiando de posición con frecuencia, utilizando colchones especiales o almohadillas, y evitando la presión excesiva en áreas específicas.

- **Limpieza y vendajes:**

La herida debe limpiarse con solución salina o agua potable, y cubrirse con apósitos especiales que ayuden a la cicatrización y a mantener la humedad adecuada.

- **Control de la infección:**

Si hay signos de infección, se pueden usar antibióticos tópicos o sistémicos.

- **Nutrición:**

Una dieta equilibrada con suficiente proteína y calorías es crucial para la cicatrización.

- **Cirugía:**

En algunos casos, las úlceras grandes pueden necesitar reparación quirúrgica, como la creación de un colgajo de piel o tejido para cubrir la herida.



Escalas de valoración de riesgo de ÚLCERAS POR PRESIÓN

BRADEN

6
ítems

PERCEPCIÓN SENSORIAL

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD

ACTIVIDAD

MOVILIDAD

NUTRICIÓN

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS

 PUNTOS

 RIESGO

 PUNTOS

 RIESGO

EMINA

5
ítems

ESTADO MENTAL

HUMEDAD R/C INCONTINENCIA

ACTIVIDAD

MOVILIDAD

NUTRICIÓN

 PUNTOS

 RIESGO

 PUNTOS

 RIESGO

NORTON

5
ítems

ESTADO MENTAL

INCONTINENCIA

ACTIVIDAD

MOVILIDAD

ESTADO FÍSICO GENERAL

 PUNTOS

 RIESGO

 PUNTOS

 RIESGO

ulceras.net/monografico/111/99/ulceras-por-presion-escalas.html

vo, Beatriz, & Casanova Carbó, Natalia. (2017). La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. *Geriatrias*, 28(4), 194-199

ENFERMERÍA
PAREA

RIESGOS DE CAÍDAS

CONCEPTO

En enfermería, los riesgos de caídas se refieren a situaciones que aumentan la posibilidad de que un paciente sufra una caída, lo que puede causar lesiones, discapacidad o incluso la muerte. Estas situaciones pueden ser intrínsecas al paciente (como factores de riesgo individuales) o extrínsecas (como condiciones ambientales).



PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS



Verde



Amarillo



Rojo

RIESGO BAJO

RIESGO MEDIO

RIESGO ALTO



PREVENCIÓN DE CAÍDAS

La prevención de caídas en pacientes hospitalizados implica una serie de aspectos clave, como la identificación de factores de riesgo, la implementación de medidas de seguridad en el entorno y la educación tanto al paciente como a sus familiares sobre la prevención de caídas.



ASPECTOS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

- **Factores inherentes al paciente:** Edad, enfermedades neurológicas o psiquiátricas, uso de sedantes o diuréticos, debilidad muscular, problemas de equilibrio, disminución de la visión.
- **Factores ambientales:** Entorno hospitalario con suelos resbaladizos, poca iluminación, escaleras sin barandales, obstáculos en el camino.
- **Factores relacionados con la atención:** Poca atención del personal, demora en responder llamadas, uso inadecuado de dispositivos de sujeción.



EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO

- Utilizar escalas de riesgo para evaluar el riesgo de caídas de cada paciente.
- Adaptar las medidas de seguridad a los niveles de riesgo identificados.
- **Medidas de seguridad en el entorno:**
 - Mantener un entorno seguro: Pisos antideslizantes, buena iluminación, pasillos despejados, escaleras con barandales, etc.
- **Uso de dispositivos de asistencia:** Bastones, andadores, sillas de ruedas, etc.
- **Uso de barandas:** Colocar barandas elevadas en la cama y asegurar que estén siempre elevadas.
- **Sistema de llamado:** Asegurar que el paciente tenga un sistema de llamado a enfermería funcional y fácil de usar.



ESCALA DE DOWNTON

OBJETIVO

Esta escala valora el riesgo de caída de las personas, mayormente se usa en personas mayores.

DIMENSIONES

1. **Caídas previas:** Se considera la historia de caídas en los últimos doce meses.

2. **Medicamentos:** Se valoran los fármacos que puedan fomentar el riesgo de caídas.
Medicamentos que incrementan el riesgo de caídas : sedantes, tranquilizantes, antidepresivos, diuréticos, etc.

3. **Déficits sensoriales:** Falta de visión o auditiva. Afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas.

4. **Estado mental:** Un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo influye, ya que pueden tener tres veces más riesgo de caerse que personas orientadas.

5. **Deambulación:** Alteración de la marcha, la movilidad, el equilibrio y el uso de dispositivos de ayuda (bastones, muletas...etc.).





VARIABLE DE MEDICIÓN	RESPUESTA	VALOR
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Afecciones en extremidades	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

- INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE:
 - Valor igual o mayor a 3: Alto riesgo
 - Valor de 1 a 2: Mediano riesgo
 - Valor de 0 a 1: Bajo riesgo

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN

- **Educación al paciente:** Informar al paciente sobre los riesgos de caídas y las medidas de seguridad que se deben tomar.
- **Educación a los familiares:** Capacitar a los familiares sobre cómo apoyar al paciente y prevenir caídas en casa.
- **Capacitación del personal:** El personal de salud debe estar capacitado en la prevención de caídas y el manejo de pacientes en riesgo.



OBJETIVOS

- Evitar la caída en pacientes hospitalizados y los daños severos que pueda ocasionar.
- Identificar pacientes o situaciones de riesgo de caída.
- Disminuir EAh (Eventos Adversos hospitalarios).
- Disminuir número de caídas.
- Conocer las medidas a seguir ante una situación de caída.
- Aumentar la seguridad del paciente.



ESCALAS DE DOLOR

CONCEPTO

Las escalas de dolor son herramientas que se utilizan para evaluar y medir la intensidad del dolor que experimenta una persona. Se utilizan en diversos contextos clínicos y de investigación para ayudar a los profesionales de la salud a entender el dolor del paciente y tomar decisiones sobre el tratamiento.



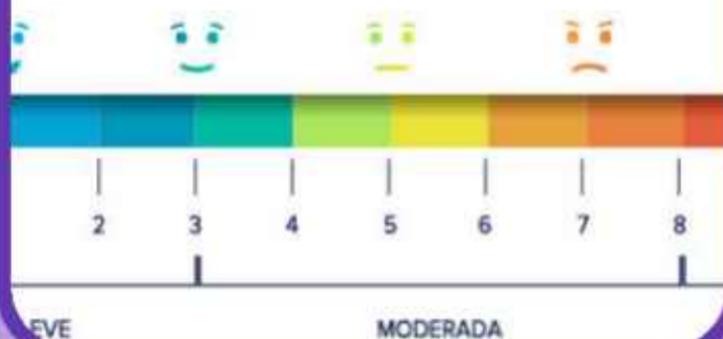
TIPOS DE ESCALAS

ESCALA NUMÉRICA VERBAL (ENV):

El paciente puntúa su dolor en una escala del 1 al 10, donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso imaginable.



Escalas del dolor



ESCALA DE EVA (ESCALA ANÁLOGA VISUAL)

La escala visual analógica mide la intensidad para el dolor, es representada por una línea recta en la que un extremo significa ausencia de dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar. El paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente.



Tipos de dolor según su duración:

- Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.
- Crónico:** Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA):

El paciente marca un punto en una línea recta que representa la intensidad del dolor, desde "sin dolor" en un extremo hasta "el peor dolor imaginable" en el otro.



ESCALA FACIAL (WONG-BAKER FACES PAIN RATING SCALE):

Utilizada principalmente en niños, presenta caras con diferentes expresiones faciales que representan diferentes niveles de dolor.

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



ESCALA CPOT (CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL):

Evalúa el dolor en pacientes que no pueden comunicar su dolor verbalmente, como aquellos intubados o con alteraciones cognitivas.

CPOT	Critical care Pain Observation Tool [Goal < 3]	PAIN
Facial Expressions	<ul style="list-style-type: none"> Wincing Chin Brow furrow 	0 1 2
Body Movements	<ul style="list-style-type: none"> None Restless Twitching 	0 1 2
Muscle Tension	<ul style="list-style-type: none"> None Tight Very 	0 1 2
Ventil Compliance	<ul style="list-style-type: none"> Cooperating Cooperating Not cooperating 	0 1 2
Vocalization	<ul style="list-style-type: none"> None Whining Crying and moaning 	0 1 2

ESCALA DE CATEGORIA VERBAL:

Se utiliza una serie de palabras para describir la intensidad del dolor, como "ninguno", "leve", "moderado" o "severo".



ESCALAS PARA VALORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Clasificación de Wagner

- Ausencia de úlcera. Pie en riesgo (deformidad)
- Úlcera superficial
- Úlcera profunda que incluye tendón y cápsula
- Úlcera profunda con abscesos, osteomielitis o
- Gangrena localizada (antepié o talón)
- Gangrena extensa
- ...encia?

CONCEPTO

Las escalas de valoración del pie diabético son herramientas clínicas que permiten evaluar la gravedad y extensión de las lesiones y el riesgo de complicaciones. Estas escalas ayudan a los profesionales de la salud a determinar el plan de tratamiento y la necesidad de intervención temprana para prevenir la amputación y otras complicaciones. Algunos ejemplos son la escala de Wagner-Merrit, el sistema PEDIS y la clasificación SINBAD.



TIPOS DE ESCALAS

ESCALA DE WAGNER:

Clasifica las úlceras en una escala de 0 a 5, donde:

- Grado 0: Pie en riesgo, sin úlcera.
- Grado 1: Úlcera superficial.
- Grado 2: Úlcera que afecta tendones o cápsulas.
- Grado 3: Úlcera que afecta hueso o articulación.
- Grados 4 y 5: Gangrena, con o sin amputación

Clasificación del pie diabético según Wagner



ESCALA DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS (TEXAS SCALE):

- Considera la profundidad de la úlcera, la presencia de infección y la isquemia.

Cuadro 1. Clasificación pie diabético de la Universidad de Texas.

	Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Estadio A	Lesiones pre o post ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial que no involucra tendón, capsula o hueso.	Herida penetrante a tendón o capsula	Herida penetrante a hueso o articulación
Estadio B	Infección	Infección	Infección	Infección
Estadio C	Isquemia	Isquemia	Isquemia	Isquemia
Estadio D	Infección e isquemia	Infección e isquemia	Infección e isquemia	Infección e isquemia

ESCALA PEDIS (PERFUSION, EDEMA, DEPTH, INFECTION, SENSITIVITY):

Evalúa cinco categorías clave: irrigación, extensión, profundidad, infección y sensibilidad.

CLASIFICACIÓN DE ÚLCERAS PEDIS

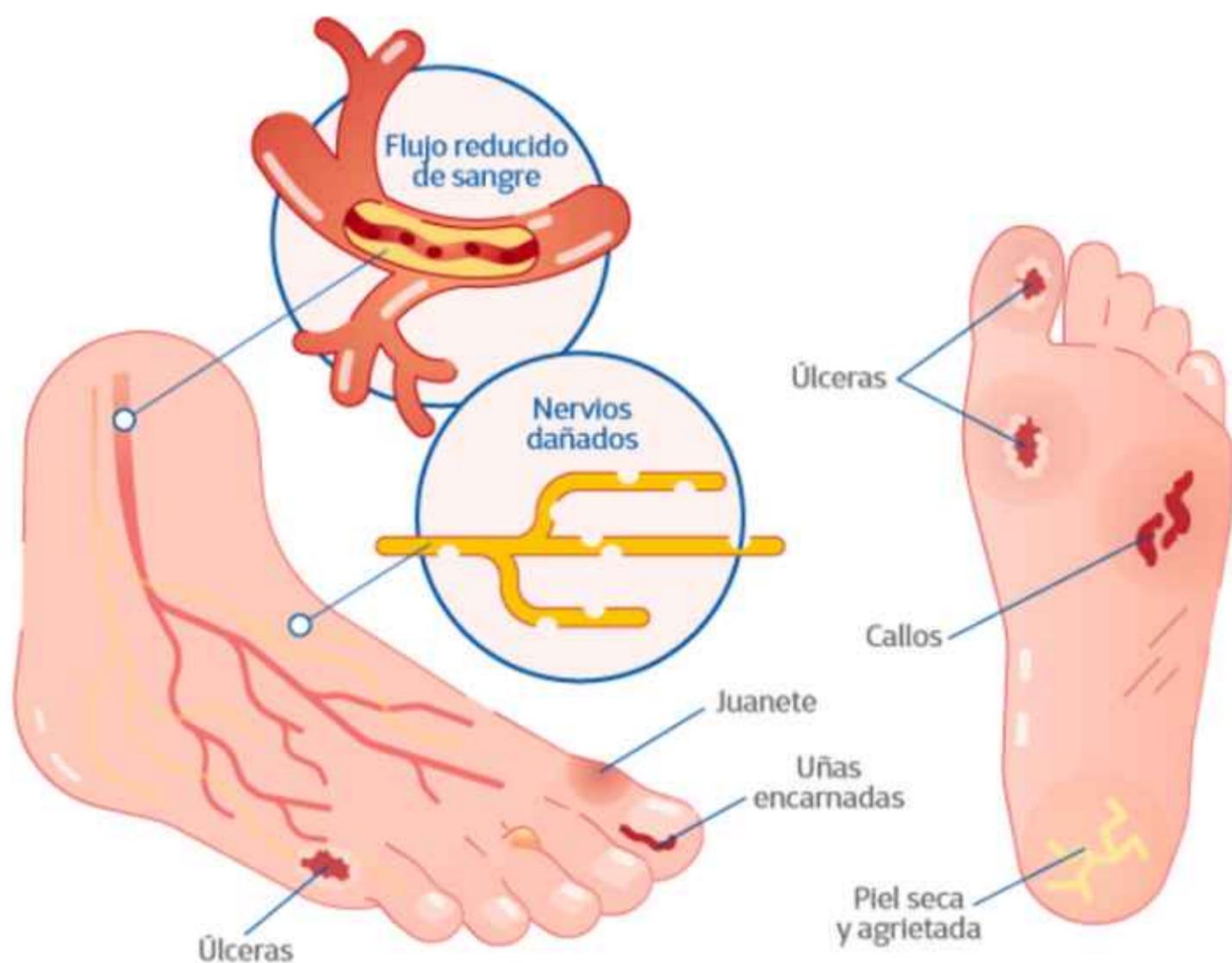
	GRADO			
	1	2	3	4
Perfusión	Lesiones pre o post ulcerosas completamente epitelizadas	Herida superficial, no afecta a tendón, cápsula o hueso	Herida que afecta a tendón o cápsula	Herida penetrante que afecta a hueso o articulación
Extensión / Tamaño (cm ²)				
Profundidad del tejido dañado	Hasta dermis	Fascia, músculo o tendón	Hueso y/o articulación	
Infección	Sin infección	Leve	Moderada / Severa	SRIS*
Sensación	Intacta	Perdida de sensibilidad protectora		

*Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

OTRAS ESCALAS Y SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN:

- **Clasificación de San Elián:** Evalúa la gravedad de las úlceras considerando regiones anatómicas, factores agravantes y condiciones de los tejidos.
- **Clasificación de Amit Jain:** Clasifica las úlceras como simples, complejas o complicadas.
- **Sistema de clasificación Wifi-SVS:** Evalúa la infección en 4 grados: ninguna, leve, moderada y grave.

PIE DIABÉTICO



Fuentes Bibliográficas

1. CHOU R, DANA T, BOUGATSOS C, BLAZINA I, STARMER AJ, REITEL K, BUCKLEY DI. EVALUACIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA COMPARATIVA DE LA EFECTIVIDAD. ANN INTERN MED. 2 DE JULIO DE 2013; 159 (1):28-38.

2. GASPAR S, PERALTA M, MARQUES A, BUDRI A, GASPAR DE MATOS M. EFECTIVIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN INTRAHOSPITALARIAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. INT WOUND J. 2019 OCT; 16 (5):1087-1102.

3. MERVIS JS, PHILLIPS TJ. ÚLCERAS POR PRESIÓN: FISIOPATOLOGÍA, EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y PRESENTACIÓN. J AM ACAD DERMATOL. OCTUBRE DE 2019; 81 (4):881-890.

4. R. CHRISTY. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS. NURSING, 35 (2018), PP. 64-66

5. A. CARBONELL, V. APARICIO, M. DELGADO. EVOLUCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES CONSIDERANDO EL EFECTO DEL ENVEJECIMIENTO EN LAS CAPACIDADES FÍSICAS. REV INT CIENC DEPORTE., 17 (2009), PP. 1-18

6. MINISTERIO DE SALUD. MINSAL. NORMAS SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN RESPECTO DE: REPORTE DE CAÍDAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS., (2019),

7. GONZÁLEZ ESCALADA R, CAMBA A, MURIEL C, RODRÍGUEZ M, CONTRERAS D, BARUTELL C. VALIDACIÓN DEL ÍNDICE DE LATTINEN PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO. REV SOC ESP DOLOR 2012;19(4):181-8.

8. VICENTE HERRERO MT, LÓPEZ GONZÁLEZ MT, RAMÍREZ IÑIGUEZ DE LA TORRE MV, CAPDEVILA GARCÍA L, TERRADILLOS GARCÍA MJ, AGUILAR JIMÉNEZ E. DOLOR CRÓNICO Y LOCALIZACIÓN EN TRABAJADORES: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES IMPLICADAS. REVISTA EL DOLOR 2014;61:26-34. DOI: 10.13140/RG.2.1.2238.6088.

9. BONILLA E, PLANELL E, HIDALGO S, LÁZARO JL, MARTÍNEZ L, MOSQUERA A, ET AL. GUÍA DE PROTOCOLOS DE PIE DIABÉTICO. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PODÓLOGOS. 1RA. EDICIÓN. MADRID; 2011

10. CASTRO G, LICEAGA G, ARRIJOJA A, CALLEJA JM, ESPEJEL A, FLORES J, GARCÍA T, ET AL. GUÍA CLÍNICA BASADA EN EVIDENCIA PARA EL MANEJO DEL PIE DIABÉTICO. MED INT MEX 2009;25:481-526.

11. BOULTON A, CAVANAGH PR, RAYMAN G. PIE DIABÉTICO. MANUAL MODERNO. MÉXICO 2007.