



Super nota

Nombre del Alumno: Carlos Manuel Castillo Alegria

Nombre del tema: Escalas

Parcial: 1er

Nombre de la Materia: práctica clínica de enfermería I

Nombre del profesor: Enf. Mariano Walberto Balcázar Velazco

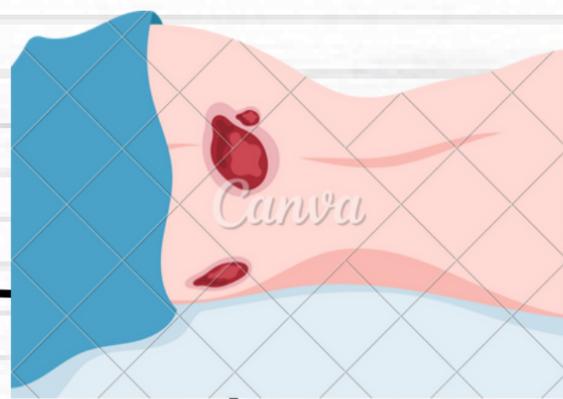
Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to Cuatrimestre

ESCALAS

ULCERAS POR PRESION (UPP)

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman



donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves

CLASIFICACION DE UPP

Las úlceras por presión se dividen en cuatro grados o estadios, de menos grave a más grave.



ESTADIO 1

La zona afectada suele estar roja y cuando se toca está caliente. Si la persona tiene un tono de piel más oscuro, el área suele adoptar un color azulado o morado. El paciente suele quejarse de que esa zona le arde, le duele o le pica. El cambio de color de la piel no desaparece, aunque hayan pasado 30 minutos tras eliminar la presión, y al apretar con el dedo la zona durante unos segundos, la zona no se blanquea.

ESTADIO 2

La epidermis o la capa superior de la piel muestra un daño mayor y puede producirse una pérdida de la integridad cutánea, es decir, la piel se abre y aparece una lesión, una raspadura o una ampolla. La persona experimenta más dolor y la piel que rodea la herida puede decolorarse.

ESTADIO 3

El área afectada parece un cráter debido al daño que existe debajo de la superficie de la piel. La lesión es más profunda y puede oler mal. Si el tejido, que está dentro o alrededor de la lesión, es negro, significa que está muerto (necrosis de los tejidos).

ESTADIO 4

El área está severamente dañada y se puede observar una herida grande. Pueden verse afectados los músculos, los tendones, los huesos y las articulaciones. En estas lesiones hay un alto riesgo de sufrir una infección.

LA LESIÓN NO SE PUEDE ESTADIFICAR

Esta situación se da si no se puede ver el fondo de la lesión, por lo que no se sabe qué profundidad tiene.

SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDO PROFUNDO

Cuando en la superficie de la lesión parece que se trata de una úlcera en estadio 1 o 2, pero, debajo, la herida corresponde a una estadio 3 o 4.

ESCALAS UPP

- La Escala de Braden evalúa seis factores: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción/cizallamiento.

Puntuación total: 6 a 23. La puntuación más baja indica mayor riesgo.

		Escala de Braden para la predicción del riesgo de úlceras por presión			
		1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADA < NIVEL DE CONCIENCIA < CAPACIDAD SENSITIVA	MUY LIMITADA NO COMUNICA MALESTAR DÉFICIT SENSORIAL	LIGERAMENTE LIMITADA < COMUNICA MALESTAR < DIFICULTAD SENSORIAL	SIN LIMITACIONES BUENA COMUNICACIÓN SIN DÉFICIT SENSORIAL	
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	CONSTANTEMENTE HÚMEDA SE DETECTA HUMEDAD AL MOVER AL PACIENTE	A MENUDO HÚMEDA ROPA DE CAMA MUY HÚMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA POR TURNO)	OCASIONALMENTE HÚMEDA ROPA DE CAMA HÚMEDA (CAMBIO DE ROPA DE CAMA CADA DÍA)	RARAMENTE HÚMEDA CUANDO LA ROPA DE CAMA SE CAMBIA DE FORMA RUTINARIA	
ACTIVIDAD	EN CAMA	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE	
MOVILIDAD	COMPLETAMENTE INMÓVIL	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIONES	
NUTRICIÓN	MUY POBRE < 2 RACIONES AYUNO, DIETA LÍQUIDA O SUERO > 5 DÍAS	PROBABLEMENTE INADECUADA > 3 RACIONES RECIBE MENOS QUE LA CANTIDAD ÓPTIMA DE UNA DIETA LÍQUIDA	ADECUADA > 4 RACIONES RECIBE NUTRICIÓN POR SNG O POR VÍA PARENTERAL	EXCELENTE > 4 RACIONES COME ENTRE HORAS Y NO REQUIERE SUPLEMENTOS	
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	PROBLEMA REQUIERE MODERADA O MÁXIMA ASISTENCIA PARA SER MOVIDO	PROBLEMA POTENCIAL SE MUEVE DEBILMENTE O REQUIERE DE MINIMA ASISTENCIA	SIN PROBLEMA APARENTE SE MUEVE EN LA CAMA Y EN LA SILLA CON INDEPENDENCIA		

REALIZA ESTA EVALUACIÓN PARA SABER EL RIESGO DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO: < A 12 PUNTOS **MODERADO:** 13-14 PUNTOS **BAJO:** 15-16 PUNTOS (SI < 75 AÑOS) 15-18 PUNTOS (SI > 75 AÑOS)

ESCALA DE NORTON

- La Escala de Norton evalúa cinco factores: condición física, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia. Puntuación total: 5 a 20. La puntuación más baja indica mayor riesgo.

Escala de Norton					
ESTADO FISICO 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

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

ESCALA DE EMINA

ESCALA EMINA:

E = Estado mental M = Movilidad I = Incontinencia - Humedad
 N = Nutrición A = Actividad

Evalúa cinco ítems: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad.

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	ORIENTADO	COMPLETA	NO	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO	LIGERAMENTE LIMITADA	URINARIA Y FECAL OCASIONALMENTE	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO	LIMITACIÓN IMPORTANTE	URINARIA Y FECAL HABITUAL	INCOMPLETA	SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMATOSO	INMÓVIL	URINARIA Y FECAL	NO INGESTA	NO DEAMBULA

Puntuación total:

Sin riesgo = 0 puntos;

Medio riesgo = 4 a 7 puntos;

Bajo riesgo = 1 a 3 puntos;

Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

USO DE LAS ESCALAS

- Estas escalas ayudan a identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar UPP.
- Facilitan la toma de decisiones sobre la implementación de medidas preventivas personalizadas.
- Permiten monitorizar el riesgo de UPP en pacientes a lo largo de su estancia en el hospital o en otros entornos de atención médica.



ESCALAS DE RIESGO DE CAIDA

Es una herramienta de evaluación utilizada en medicina para identificar y medir el riesgo que tiene una persona de sufrir una caída. Estas escalas son especialmente importantes en el cuidado de personas mayores o pacientes con circunstancias médicas que pueden aumentar su predisposición a las caídas.

ESCALA DE MORSE

Es una herramienta sencilla y rápida, ampliamente utilizada en hospitales y centros de rehabilitación para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Se basa en seis factores de riesgo que son ponderados individualmente

Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1-	Antecedentes de caídas	No	0	Si	25
2-	Diagnóstico secundario	No	0	Si	15
3-	Ayuda para deambular Reposo en cama / Asistencia de enfermería Bastón / Muletas / Andador Se apoya en los muebles		0		15 30
4-	Vía venosa	No	0	Si	20
5-	Marcha Normal / Inmovilizado / Reposo en cama Débil Alterada requiere asistencia		0		15 30
6-	Conciencia / Estado mental Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		0		15

RIESGO BAJO

Hasta 24

RIESGO MEDIO

25 de 44

RIESGO ALTO

45 y mas



ESCALA DE DOWNTON



CAÍDAS PREVIAS

- Sí
- No



MEDICAMENTOS

- Tranquilizantes/Sedantes
- Diuréticos
- Hipotensores
- Antiparkinsonianos
- Antidepresivos
- Otros
- Ninguno



DÉFICIT SENSORIALES

- Alteraciones visuales
- Alteraciones auditivas
- Extremidades
- Ninguno

ESTADO MENTAL

- Confuso
- Orientado



ESCALA DE EMINA

DEAMBULACIÓN

- Segura con ayuda
- Insegura con/sin ayuda
- Imposible
- Normal

>2 PUNTOS
ALTO RIESGO
DE CAÍDAS

- 1 PUNTO
- 0 PUNTO



ESCALA DE CAÍDAS DE DOWNTON

Es una herramienta multidimensional que evalúa varios factores de riesgo relacionados con las caídas. Considera cinco áreas principales

ESCALA DEL DOLOR

- es una manera en la que usted puede medir el dolor para que los médicos puedan ayudar a decidir la mejor manera de tratarlo. La escala del dolor ayuda al médico a ver lo bien que está funcionando el plan de tratamiento para reducir el dolor y ayudarle



ESCALA NUMÉRICO VERBAL (ENV)

Esta es la más común cuando entras en la consulta y el médico te pregunta: "Del 1 al 10 dime ¿cuánto te duele?"

En esta escala numérica del dolor, el paciente puntúa del 1 al 10 su grado de dolor, y se divide en cuatro grupos
0 -> ausencia de dolor, 1 - 3 -> Dolor suave, 4 - 6 -> dolor moderado, 7 - 10 -> Dolor muy intenso, el peor dolor imaginable.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sin Dolor, Poco Dolor, Dolor Moderado, Dolor Fuerte, Dolor Muy Fuerte, Dolor Extremo

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Desarrollada por Payen et al, valora del 1-4 la expresión facial, la movilidad y conducta de las extremidades superiores y la presencia o no de lucha contra el ventilador. Esta escala de 12 puntos fue utilizada

Item	Descripción	Puntos
Expresión facial	Relajada	1
	Parcialmente contraída (baja las cejas)	2
	Totalmente contraída (cierra las pestañas)	3
	Lagrimeo	4
Extremidades superiores	Sin movimiento	1
	Parcialmente flexionados	2
	Totalmente flexionados (dedos en flexión)	3
	Permanentemente retraídos	4
Sincronía con el respirador	Tolera todo el tiempo	1
	Tose, pero tolera casi todo el tiempo	2
	Lucha con el respirador	3
	Incapaz de ventilarse	4

Graduación del dolor

Presencia de dolor	≥ 6
Dolor inaceptable	> 7
OBJETIVO	< 6

ESCALA PARA VALORACION DE PIE DIABETICO

Existen varias escalas para la valoración del pie diabético, cada una con su enfoque y objetivo específico. Las más comunes son la escala de Wagner-Merriit, la clasificación DEPA, la escala SINBAD y la escala Wifl. La escala de Wagner-Merriit se utiliza para clasificar úlceras, la DEPA para clasificar la severidad de las lesiones, la SINBAD para valorar diversos factores y la Wifl para predecir el riesgo de amputación.

Clasificación del pie diabético según Wagner



ESCALA DE CLASIFICACIÓN WAGNER-MERRIT

Para clasificar las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner-Merriit, que constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre los darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena. Conforme las lesiones son de grado superior, aumenta la posibilidad de sufrir una amputación mayor y aumenta, asimismo, la mortalidad asociada. Las principales limitaciones de esta escala serían

ESCALA SINBAD

- SINBAD es una escala con variables dicotómicas que suman un punto al estar presentes y pueden sumar hasta 6 puntos como máximo. Valora el sitio de la lesión, la presencia de isquemia, neuropatía, infección, área y profundidad. Un puntaje mayor o igual a 3 indica mayor tiempo de internación y falta de cicatrización.

Categoría	Definición	SINBAD puntuación
Lugar	Antepié	0
	Mediopié y retropié	1
Isquemia	Pulsos pedios intactos (al menos un pulso palpable)	0
	Evidencias clínicas de disminución de flujo en pulsos pedios	1
Neuropatía	Sensación protectora intacta	0
	Sensación protectora perdida	1
Infección bacteriana	Ninguna	0
	Presente	1
Área	Úlcera < 1 cm ²	0
	Úlcera ≥ 1 cm ²	1
Profundidad	Úlcera que afecta a piel o tejido subcutáneo	0
	Úlcera que afecta a músculo, tendón o más profundidad	1
Puntuación total posible		6

Referencias bibliográficas

- <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/escala-norton-ulceras#:~:text=La%20Escala%20de%20Norton%20eval%C3%BAa,%2C%20nutrici%C3%B3n%20y%20fricci%C3%B3n/cizallamiento.>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100007#:~:text=La%20escala%20EMINA%20valora%20cinco,los%20de%20m%C3%A1ximo%20riesgo9.
- <https://seguros.elcorteingles.es/blog/corporativo/polizas/que-es-la-escala-de-riesgo-de-caidas/#:~:text=Las%20escalas%20de%20riesgo%20de,y%20la%20salud%20del%20individuo.>
- <https://neurocenter.mx/escala-caidas/>
- [https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/#:~:text=Escala%20Num%C3%A9rico%20Verbal%20\(ENV\)&text=En%20esta%20escala%20num%C3%A9rica%20del,intenso%2C%20el%20peor%20dolor%20imaginable.](https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/#:~:text=Escala%20Num%C3%A9rico%20Verbal%20(ENV)&text=En%20esta%20escala%20num%C3%A9rica%20del,intenso%2C%20el%20peor%20dolor%20imaginable.)
- <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Meritt?idioma=es#:~:text=Para%20clasificar%20las%20%C3%BAlceras%20del,%2C%20profundidad%2C%20infecci%C3%B3n%20y%20gangrena.>
- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006