



Super Nota

Nombre del Alumno: Briseida Alvarez Hernández

Nombre del tema: Ulceras por presión

Parcial: Único

Nombre de la Materia: Practica Clínica de Enfermería I

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcazar

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to

Pichucalco, Chiapas 24 de mayo del 2025

ÚLCERAS POR PRESIÓN



Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. Pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro.

CONCEPTO

Los riesgos por úlcera por presión son mayor cuando están recluidos en una cama, utiliza silla de ruedas o no puede cambiar de posición, una persona que permanece en la misma posición por un tiempo prolongado.

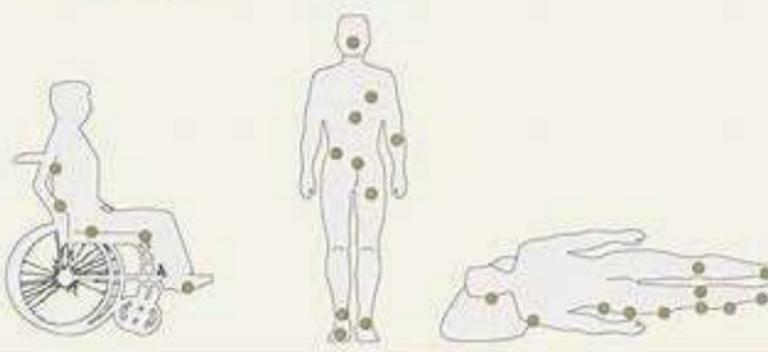


Una úlcera por presión se desarrolla cuando se bloquea el suministro de sangre a un área del cuerpo por que hay una expresión excesiva y prolongada sobre la misma, la piel en esa área comienza a morir, lo que resulta en una área abierta como un cráter o úlcera en la piel.

En el 80% de los casos, las úlceras por presión aparecen en el sacro y en el talón, principales zonas donde descansa el peso de pacientes discapacitados o pacientes con movilidad reducida, la herida también se puede producir en codos, omoplatos o en la parte posterior de la cabeza.

Úlceras por PRESIÓN

Zonas de riesgo



CLASIFICACION

Las úlceras por presión se clasifican en función de su profundidad y posibles complicaciones.



FASE 1

Enrojecimiento persistente, la fase 1 de una úlcera por presión es la aparición de un enrojecimiento que no desaparece al ejercer presión sobre la zona. La piel aún no se ha roto y por lo tanto aún no es una herida, en esta fase es aconsejable evitar masajear la zona, ya que podría agravar la situación.

FASE 2

Erosión de la epidermis y la dermis, ya se ha formado la herida, hay una pérdida de la capa superficial de la piel.

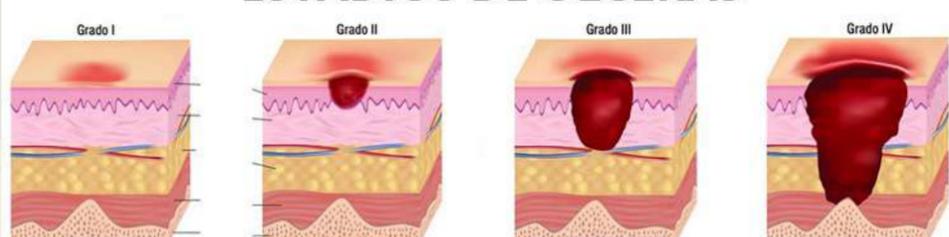
FASE 3

La epidermis, la dermis y la hipodermis ya están afectadas, puede aparecer tejido (negro) necrosado y costras. A tener en cuenta: la úlcera por presión siempre parece más pequeña en la superficie de lo que es a mayor profundidad.

FASE 4

Úlcera por presión profunda, puede existir necrosis profunda con posible afección de huesos, tendones y músculos.

ESTADIOS DE ÚLCERAS



FACORES QUE FOMENTAN LA APARICION DE ÚLCERAS POR PRESION



*Falta de movilidad y motricidad deficiente

*Edad del paciente, a pesar de que las úlceras por presión pueden aparecer en niños, los pacientes de mas de 70 años corren un riesgo especial.



*Malnutricion

*Calidad de la piel, cuanto mas fina sea, mayor sera la sensibilidad a la fricción, la fuerza de cizalla y a la presión.



*La incontinencia que provoca una humedad permanente y hace que el tejido se vuelva mas fragil debido a la maceracion.

*Falta de sensibilidad, el paciente (a veces por problemas neurologicos) no siente dolor y no tiene el reflejo de cambiar de postura



TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESION

Depende de la fase en la que se encuentre la úlcera por presión, ya que esto afectara a la probabilidad de cicatrizacion de la misma, si existe una lesion visible, deberia protegerse con el aposito adecuado.



Independientemente de la gravedad de la úlcera por presión, lo primero que hay que hacer es eliminar la presión, para ellos se debe realizar cambios posturales del paciente cada 2 o 3 hrs

Zonas de riesgo



- Examinar siempre
- Mover al paciente
- Realizar un aseo completo
- Evitar usar tejidos aspero
- Realizar cambios de sábanas y ropa de cama



ESCALAS DE UPP

ESCALA DE NORTON

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión, fue realizada por Doreen Norton en el año 1962, valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4 cuyos valores se suman para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20. Se consideran pacientes de riesgo aquellos con una valoración baja (menor puntuación mayor riesgo).

NORTON
#CreativeNurse
RIESGO ÚLCERAS POR PRESIÓN

| | 4 | 3 | 2 | 1 |
|-----------------------|-----------|----------------------|------------------|------------------|
| Estado Físico General | BUENO | MEDIANO | REGULAR | MUY MALO |
| Estado Mental | ALERTA | APÁTICO | CONFUSO | ESTUPOROSO |
| Actividad | AMBULANTE | CAMINA CON AYUDA | SENTADO | ENCAMADO |
| Movilidad | COMPLETA | LIMITADA LIGERAMENTE | MUY LIMITADA | INMÓVIL |
| Incontinencia | NINGUNA | OCASIONAL | URINARIA O FECAL | URINARIA Y FECAL |

20 puntos (0-20 scale bar)

Que Evalua:

Estado mental: el cual es nivel de consciencia y la capacidad de comunicacion del paciente.

Actividad: Considera la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, como moverse, sentarse y ponerse de pie.

Movilidad: Evalúa la capacidad del paciente para cambiar de posición y moverse independientemente.



ESCALA NORTON

| PUNTOS | 4 | 3 | 2 | 1 |
|-----------------------|-----------|------------------|------------------|-----------------------|
| ESTADO FÍSICO GENERAL | Bueno | Mediano | Regular | Muy malo |
| ESTADO MENTAL | Alerta | Apático | Confuso | Estuporoso o comatoso |
| ACTIVIDAD | Ambulante | Disminuida | Muy limitada | Inmóvil |
| MOVILIDAD | Total | Camina con ayuda | Sentado | Encamado |
| INCONTINENCIA | Ninguna | Ocasional | Urinaria o fecal | Urinaria y fecal |

Clasificación del riesgo:

- Puntuación de 5 a 9 → Riesgo muy alto.
- Puntuación de 10 a 12 → Riesgo alto.
- Puntuación de 13 a 14 → Riesgo medio.
- Puntuación mayor de 14 → Riesgo mínimo / No hay riesgo

Incontinencia: Considera la presencia de incontinencia urinaria o fecal ya que la humedad constante puede dañar la piel.

Estado físico general: Evalúa la condición física del paciente, incluyendo su estado de hidratación y nutrición.

ESCALA DE BRADEN

La Escala evalúa seis áreas clave que contribuyen al riesgo de desarrollar úlceras por presión, cada área se puntúa de 1 a 4, excepto la fricción y el deslizamiento, que se puntúa de 1 a 3.

Nutrición: Estado nutricional del paciente.

Fricción y deslizamiento:

Riesgo de daño a la piel debido a la fricción y el deslizamiento

Las áreas evaluadas son:

Percepción sensorial: Capacidad del paciente para responder a la incomodidad relacionada con la presión.

Humedad: Grado en que la piel está expuesta a la humedad.

Actividad: Nivel de actividad física del paciente.

Movilidad: Capacidad del paciente para cambiar y controlar la posición de su cuerpo.

Escala de Braden

Permite medir el riesgo de LPP (lesiones por presión)

Puntajes:

- Bajo riesgo → mayor a 15 → reevaluación cada 7 días
- Medio riesgo → 12-14 → reevaluación cada 3 días
- Alto riesgo → menor a 12 → reevaluación diaria

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Percepción sensorial | Completamente limitada | Muy limitada | Ligeramente limitada | Sin limitaciones |
| Exposición a la humedad | Constantemente húmeda | A menudo húmedo | Ocasionalmente húmedo | Raramente húmedo |
| Actividad | Paciente en cama | Paciente en silla | beambula ocasionalmente | beambula frecuentemente |
| Movilidad | Completamente inmóvil | Muy limitada | Ligeramente limitada | Sin limitaciones |
| Nutrición | Muy pobre | Probablemente inadecuada | Adecuada | Excelente |
| fricción, fricción o rozamiento | Problema real | Problema potencial | no hay problema | no hay problema |

ESCALAS DE ULCERAS POR PRESION

Escala de Arnell
Riesgo de úlcera con puntuaciones = >12

| variable | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------|
| Estado mental | Despierto y orientado | Desorientado | Letárgico | Comatoso |
| Incontinencia (se dobla punt.) | No | Ocasional, nocturno, o por stress | Urinaria (solamente) | Urinaria e intestinal |
| Actividad (se dobla punt.) | Se levanta de la cama sin problemas | Camina con ayuda | Se sienta con ayuda | Postrado en cama |
| Movilidad (se dobla punt.) | Completa | Limitación ligera Ej. Artrosis con articulaciones rígidas | Limitación importante (parapléjico) | Inmóvil (tetráplajico) |
| Nutrición | Come de forma satisfactoria | Ocasionalmente rechaza la comida, o deja grandes cantidades | No suele tomar ninguna comida completa (deshidratado) | No come |
| Apecto de la piel | Buena | Área enrojecida | Pérdida de contin. A nivel I | Edema con Fóvea. G II |
| Sensibilidad cutánea | Presente | Disminuida | Ausente en extremidades | Ausente |

ESCALA DE ARNELL

permite identificar a aquellos que tienen un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión basándose en factores como el estado mental, la movilidad, actividad, nutrición, aspecto de la piel y la sensibilidad cutánea.

CARACTERÍSTICAS:

Cada factor se puntúa de acuerdo a criterios establecidos, y la suma de las puntuaciones determina el nivel de riesgo.

Estado mental: Incluye categorías desde despierto y orientado hasta comatoso.

Movilidad: Evalúa la capacidad de movimiento del paciente, desde completa hasta postrado en cama.

Actividad: Considera la capacidad del paciente para moverse y realizar actividades.

Nutrición: Evalúa el estado nutricional del paciente, desde come hasta no comer.

Aspecto de la piel: Observa la condición de la piel.

Sensibilidad cutánea: Evalúa la sensibilidad de la piel.

Escala de Nova 5

| PUNTAJÓN | ESTADO MENTAL | INCONTINENCIA | MOVILIDAD | NUTRICIÓN INGESTA | ACTIVIDAD |
|----------|---------------|-----------------------------|--|------------------------------|-------------|
| 0 | Alerta | No | Completa | Correcta | Deambula |
| 1 | Desorientado | Ocasional limitada | Ligeramente incompleta | Ocasionalm. con ayuda | Deambula |
| 2 | Letárgico | Urinaria o fecal importante | Limitación | Incompleta siempre con ayuda | Deambula |
| 3 | Coma | Urinaria y fecal | Inmóvil ni enteral, ni parenteral superior a 72h y/o desnutrición previa | No ingesta oral, No deambula | No deambula |

0 Puntos → Sin riesgo.
De 1 a 4 Puntos → De riesgo bajo.
De 5 a 8 Puntos → De riesgo medio.
De 9 a 15 Puntos → De riesgo alto.

ESCALA DE NOVA 5

Es una modificación de la escala Norton en pacientes hospitalizados³⁶, considera cinco aspectos: Estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición e ingesta y actividad, cada uno de estos es calificado con una puntuación que va de 0 a 3.

ESCALA EMINA:

La escala EMINA valora cinco ítems: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, cada uno de ellos se puntúa del 0 al 3, por tanto la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15: 0 para los pacientes que no tienen riesgo y 15 para los de máximo riesgo.

Escalan EMINA

| Nutrición | Estado Mental | Actividad | Movilidad | Humedad R/C Incontinencia | Puntos |
|---------------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|--------|
| No ingesta | Comatoso | No deambula | Inmóvil | Urinaria y fecal | 3 |
| Incompleta | Letárgico o hipericinético | Siempre precisa ayuda | Limitación importante | Urinaria o fecal habitual | 2 |
| Ocasionalmente incompleta | Desorientado o apático o pasivo | Deambula con ayuda | Ligeramente limitada | Urinaria o fecal ocasional | 1 |
| Correcta | Orientado | Deambula | Completa | No | 0 |

- La clasificación de riesgo sería:
 - Puntuación de 8 a 15: Paciente de alto riesgo
 - Puntuación de 4 a 7: Paciente de riesgo medio o evidente
 - Puntuación de 1 a 3: Paciente de riesgo bajo
 - Puntuación de 0: Paciente sin riesgo

ESCALA WATERLOW

Esta escala fue desarrollada en 1985 por la docente de enfermería clínica Judy Waterlow, proporciona mejor sensibilidad y especificidad que el Norton al aumentar el número de elementos utilizados evalúa 8 elementos: edad, sexo, complejión, apetito, continencia, movilidad, aspecto de piel, riesgos especiales

CLASIFICACIÓN WATERLOW % P/T

$$\% P/T = \left[\frac{\text{peso real (actual)}}{\text{peso ideal}} \right] \times 100$$

| | |
|-----------------------|------------|
| Normal | 90-110 % |
| Desnutrición Leve | 89.99-80 % |
| Desnutrición Moderada | 79.99-70 % |
| Desnutrición Severa | < 70 % |

Escalas de RIESGO DE CAIDAS

CONCEPTO

Son herramientas que evalúan la probabilidad de que un paciente se caiga, considerando factores como la salud, el entorno y el historial de caídas previas, estas escalas ayudan a identificar a los pacientes más propensos a caídas y a implementar medidas de prevención.



ESCALA DE DOWNTON

El objetivo de esta escala es valorar el riesgo de caída de las personas, se usa en personas mayores, la escala puntúa 5 dimensiones: caídas previas, medicamentos, déficits sensoriales, estado mental, deambulación.



ESCALA DE MORSE

Evalúa 6 variables clave, cada una con una puntuación específica que suma a un total que determina el nivel de riesgo de caída del paciente, diagnóstico secundario, historial de caídas, ayudas para la deambulación, terapia intravenosa, marcha, estado mental

| ESCALA DE RIESGO DE CAÍDA DE MORSE | | Versión: 1 Código: DINCSS-MSP-008 Fecha: 01/08/2016 |
|--|---|---|
| DE 13 AÑOS A 18 AÑOS Y ADULTOS | | |
| VARIABLES | | PUNTAJE |
| 1. CAÍDA PREVIA | No | 0 |
| | Si | 25 |
| 2. COMORBILIDADES | No | 0 |
| | Si | 15 |
| 3. AYUDA PARA DEAMBULAR | Ninguna / Reposo en cama / Asistencia | 0 |
| | Bastón / Muleta / Caminador | 15 |
| | Se apoya en los muebles | 30 |
| 4. VENOCLISIS | No | 0 |
| | Si | 20 |
| 5. MARCHA | Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas | 0 |
| | Débil | 10 |
| | Limitada | 20 |
| 6. ESTADO MENTAL | Reconoce sus limitaciones | 0 |
| | Sobreestima u olvida sus limitaciones | 15 |
| 7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO | | <input type="text"/> |
| Riesgo | Puntaje | Acción |
| ↓ Bajo | 0 a 25 | Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/> |
| ↔ Medio | 25 a 50 | Implementación del plan de prevención <input type="radio"/> |
| ↑ Alto | mayor a 50 | Implementación de medidas especiales <input type="radio"/> |

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

ESCALA TINETTI

La escala para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación

Equilibrio: Evalúa estabilidad del paciente mientras está sentado, de pie, y durante el proceso de levantarse y sentarse en una silla. Se observan las reacciones de equilibrio cuando el paciente es empujado ligeramente desde diferentes direcciones.

Marcha: Analiza aspectos relacionados con la calidad de la marcha, como la longitud y altura de los pasos, la simetría, la fluidez, y la continuidad del movimiento. Se valora si el paciente necesita o no ayuda para caminar.

Componentes Escala de Tinetti

Evaluación del equilibrio

- Equilibrio al estar sentado
- Levantarse de la silla
- Intento inmediato al levantarse
- Equilibrio en posición de pie (30 segundos)
- Equilibrio con ojos cerrados
- Equilibrio con una leve empujada desde el esternón
- Giro de 360 grados
- Sentarse

Evaluación de la marcha

- Iniciación de la marcha
- Longitud y altura del paso
- Simetría del paso
- Fluidez del paso
- Trayectoria de la marcha
- Tronco durante la marcha
- Distancia entre pies

Enfermería BUENOS AIRES



ESCALA DE BRADEN

CONCEPTO

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 socisanitarios, como intento de dar respuesta a algunos de las limitaciones de la Escala de Norton, fue desarrollado a través de un esquema conceptual en el que reseñaron los conocimientos existentes sobre UPP.



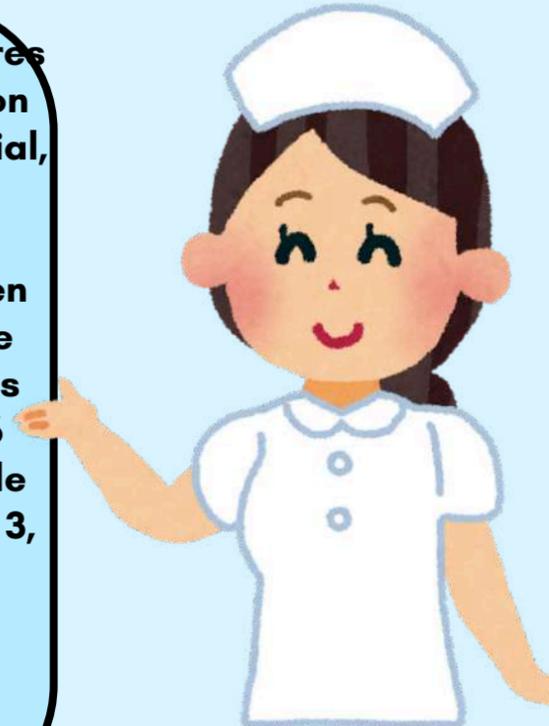
SUBESCALAS

La escala consta con 6 subescala:

1. Percepción sensorial
2. Exposición de la piel a la humedad
3. Actividad física
4. Movilidad
5. Nutrición
6. Roce y peligro de lesiones (fricción y cizallamiento)

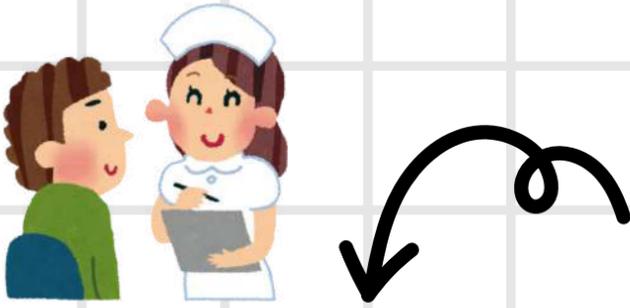


Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos de la misma, una vez valorada todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntúa de 1 a 3, una puntuación inferior a 12 puntos será considerado como de alto riesgo de aparición de UPP, entre los 13-14 puntos el riesgo es moderado.



| Escala de Braden | | | | |
|--|--|--|--|--|
| para la predicción del riesgo de úlceras por presión | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| PERCEPCIÓN SENSORIAL | Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sedación - No reacción ante dolor - Capacidad sensitiva | Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso - No comunica malestar - Déficit sensorial | Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales - No siempre comunica malestar - Alguna dificultad sensorial | Sin limitaciones Responde a órdenes verbales - Sin déficit sensorial |
| EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD | Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente | A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno | Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día | Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina |
| ACTIVIDAD | Encamado/a | En silla | Deambula ocasionalmente | Deambula frecuentemente |
| MOVILIDAD | Completamente inmóvil | Muy limitada | Ligeramente limitada | Sin limitaciones |
| NUTRICIÓN | Muy pobre 0 o pocas, dieta líquida o suero > 5 días | Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG | Adecuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral | Excelente Come entre horas y no requiere suplementos |
| FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO | Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido | Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia | No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia | |
| RIESGO UPP | ALTO = < 12 PUNTOS | | MODERADO = 13 - 14 PUNTOS | BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años) |

ESCALA VISUAL ANALOGICA



El paciente marca en la línea el punto que mejor representa su percepción de la intensidad de la sensación, la distancia marca al extremo que representa la ausencia de la sensación se mide y se utiliza para expresar la intensidad, la intensidad se puede expresar en centímetros o milímetros en el caso del dolor se pueden establecer categorías de intensidad como leve hasta 4cm moderada 5-7 cm y severa mayor de 7cm.

Herramienta que se usa para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos como el dolor

Se utiliza con frecuencia en el análisis de la salud clínica o comunitaria sobre todo para conocer la gravedad o la frecuencia de determinadas enfermedades

VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS)



NUMERIC RATING SCALE (NRS)



VERBAL RATING SCORE



Figure 1. Pain intensity evaluation tools (Modified from⁷)



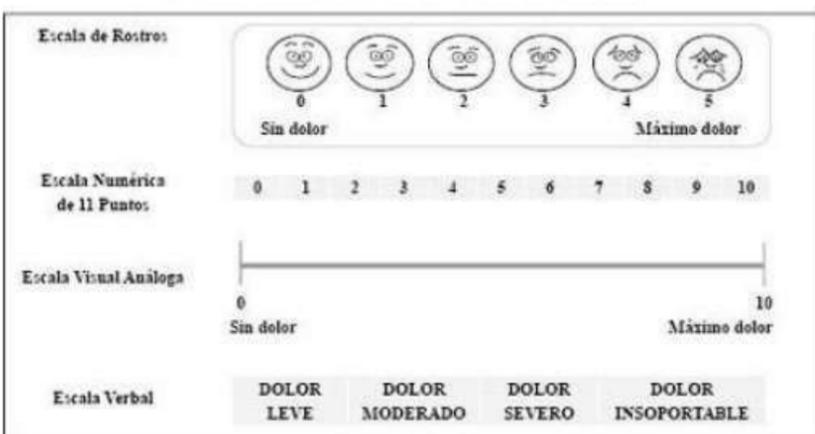
ESCALA NUMERICA DE VALORACION

Consiste en una serie de numeros, por ejemplo del 1 al 5 o del 1 al 10, donde el encuestado selecciona el valor numerico que representa mejor su opinion, puede ir desde Nada satisfecho (5 o 10) segun la amplitud de la escala.

Se utiliza para que los pacientes indiquen la intensidad del dolor.



Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor



ESCALA VERBAL (DUNDEE)

Dundee, en 1968, introdujo cinco adjetivos: 0: ausencia de dolor; 1: dolor ligero; 2: dolor moderado; 3: dolor intenso; 4 dolor muy intenso

ESCALA DE CUIDADO CRITICO (PAINAD)

Valora el dolor en personas con trastornos de comunicación y con demencia avanzada, esta compuesta por 5 elementos: Respiración, Vocalización negativa, Expresión facial, Lenguaje corporal y Capacidad de alivio. Se puntúa cada elemento de la escala, y las puntuaciones totales pueden ser de 0 al 10, 0 sin dolor a 10 dolor intenso.

PAINAD

Escala de medida de experiencia subjetiva del dolor en demencias

| Respiración, independiente de la vocalización | Vocalización negativa | Expresión facial | Lenguaje corporal | Capacidad de alivio |
|---|--|--------------------------------|--|--|
| 0 NORMAL | 0 NINGUNA | 0 SONRIENTE O INERTE/NEUTRA | 0 RELAJADO | 0 NO NECESITA ALIVIO |
| 1 RESPIRACION LABORIOSA ESPONORRICA, CERITOS PERIODICOS DE SOBRESATURACION | 1 GEMIDOS O LAMENTOS ESPONORRICOS, FRASES DE TIPO "AAH" SIN UNA CALIDAD NEGATIVA O DE DESAPROBACION | 1 TRISTE, ABSTRUSA O DEJADA | 1 TIRAR DE SI MISMO, MARCHA DE UN LADO A OTRO, NO DEJA DE MOVERSE | 1 SE DISTRAE O SE TRANQUILIZA POR LA VIDA O EL CONTACTO |
| 2 RESPIRACION LABRORIOSA Y RUIDOSA, LARGOS PERIODOS DE SOBRESATURACION, RESPIRACION DEL TIPO "SUSURRO" | 2 LLAMADOS PROBLEMTICOS, RELENTOS, GEMIDOS O LAMENTOS ALTO, LLANTO | 2 PREOCUPACIONES | 2 MARCHA, PUFOS, CORRENDOS, PODER LAS FORMACIONES, SE AVANTA O LA AVANTA, LA GOLPEA | 2 NO ES POSIBLE ALIVIO, ESPANTADO O TRANQUILO |

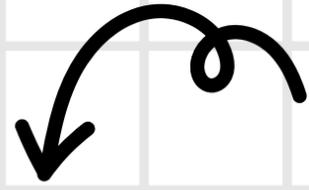
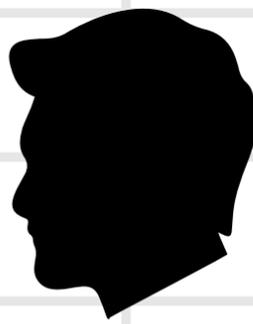
La escala PAINAD está compuesta por 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Se puntúa cada elemento de la escala, y las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso), equivalentes a las de la escala tradicional del dolor del 0 al 10.



ESCALAS DE VALORACION PARA PIE DIABETICO



ESCALA DE SAN ELIAN



La clasificación de San Elian es un método eficaz y preciso para determinar la gravedad de las úlceras en pie diabético, esto se debe a que considera regiones anatómicas, factores agravantes y condiciones de los tejidos en sus componentes y recopila información para evaluar las diversas partes.

FORMULARIO DE LA ESCALA SAN ELIAN PARA DETERMINAR SEVERIDAD DE FACTORES RELACIONADOS A LA HERIDA EN PIE DIABETICO

| 1 pto | 2 pto | 3 pto |
|---|--|--|
| 1. Localización de la herida primaria <input type="checkbox"/> Falange | <input type="checkbox"/> Metatarsal | <input type="checkbox"/> Tarsal |
| 2. Localización topográfica <input type="checkbox"/> Dorsal o plantar | <input type="checkbox"/> Lateral o medial | <input type="checkbox"/> Dorsal o lateral |
| 3. Número de zonas afectadas (ver 1) | <input type="checkbox"/> Una | <input type="checkbox"/> Dos o más |
| 4. Isquemia (0 puntos: sin isquemia; sin dolor; no claudicación; pulso pedio y/o tibial posterior (TP) palpables; o TB 0.90-1.21) | <input type="checkbox"/> Pulso débil, poco palpable; o TB 0.55-0.89 | <input type="checkbox"/> Sin pulso palpable; o TB <0.54 o TB <0.33 |
| 5. Infección (0 puntos: sin signos de infección) | <input type="checkbox"/> Extensa >2 cm. Infección en músculo, tendón, articulaciones o hueso | <input type="checkbox"/> SIRS***, sepsis o hipoglucemia o hipoglucemia sintomática |
| 6. Edema (0 puntos: sin edema) | <input type="checkbox"/> Un pie o una pierna | <input type="checkbox"/> Bistareo, secundaria a trombófilos |
| 7. Neuropatía (0 puntos: sin neuropatía) | <input type="checkbox"/> Sensibilidad protectora disminuida a monofilamento o diapasón de 128 Hz | <input type="checkbox"/> Pie de Charcot, Neuropatía motora diabética |
| 8. Área | <input type="checkbox"/> Pequeña (<10 cm ²) | <input type="checkbox"/> Mediana (10-40 cm ²) |
| 9. Profundidad | <input type="checkbox"/> Superficial (piel) | <input type="checkbox"/> Tendones, fascia, músculos |
| 10. Etapa de Cicatrización | <input type="checkbox"/> Epitelización | <input type="checkbox"/> Inflamatoria |
| SUMA DE LOS PUNTOS | | |
| TOTAL PUNTAJE = | | |

*** SIRS: Temperatura >38.3°C o <36.1°C, Pulso >100 lpm, Frecuencia respiratoria >20 rpm, Presión arterial sistólica <90 mmHg.

Permite dar grado de severidad al pie diabético y la suma de sus partes puede clasificar como leve (con puntaje a 10) moderado (10 a 20 puntos) y grave (21 a 30 puntos).



Evalua lo siguiente:

Localización: Determina la ubicación de la úlcera en el pie.

Aspectos topográficos: Evalúa la forma, borde y características de la superficie de la úlcera.

Factores agravantes: Identifica la presencia de isquemia, infección, edema o neuropatía que pueden afectar la curación.

Afectación tisular: Considera la profundidad de la úlcera, el área afectada y las fases de cicatrización.

ESCALA DE SAN ELIÁN PARA DETERMINAR SEVERIDAD Y CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA EN PIE DIABÉTICO

| 1 punto | 2 puntos | 3 puntos |
|---|--|--|
| 1. Localización de la herida primaria <input type="checkbox"/> Falange | <input type="checkbox"/> Metatarsal | <input type="checkbox"/> Tarsal |
| 2. Localización topográfica <input type="checkbox"/> Dorsal o plantar | <input type="checkbox"/> Lateral o medial | <input type="checkbox"/> Dos o más |
| 3. Número de zonas afectadas (ver 1) | <input type="checkbox"/> Una | <input type="checkbox"/> Dos o más |
| 4. Isquemia (0 puntos: sin isquemia; sin dolor; no claudicación; pulso pedio y/o tibial posterior (TP) palpables; o TB 0.90-1.21) | <input type="checkbox"/> Pulso débil, poco palpable; o TB 0.55-0.89 | <input type="checkbox"/> Sin pulso palpable; o TB <0.54 o TB <0.33 |
| 5. Infección (0 puntos: sin signos de infección) | <input type="checkbox"/> Extensa >2 cm. Infección en músculo, tendón, articulaciones o hueso | <input type="checkbox"/> SIRS***, sepsis o hipoglucemia o hipoglucemia sintomática |
| 6. Edema (0 puntos: sin edema) | <input type="checkbox"/> Un pie o una pierna | <input type="checkbox"/> Bistareo, secundaria a trombófilos |
| 7. Neuropatía (0 puntos: sin neuropatía) | <input type="checkbox"/> Sensibilidad protectora disminuida a monofilamento o diapasón de 128 Hz | <input type="checkbox"/> Pie de Charcot, Neuropatía motora diabética |
| 8. Área | <input type="checkbox"/> Pequeña (<10 cm ²) | <input type="checkbox"/> Mediana (10-40 cm ²) |
| 9. Profundidad | <input type="checkbox"/> Superficial (piel) | <input type="checkbox"/> Tendones, fascia, músculos |
| 10. Etapa de Cicatrización | <input type="checkbox"/> Epitelización | <input type="checkbox"/> Inflamatoria |
| Suma de los puntos | | |
| TOTAL PUNTAJE = | | |

*** SIRS: Temperatura >38.3°C o <36.1°C, Pulso >100 lpm, Frecuencia respiratoria >20 rpm, Presión arterial sistólica <90 mmHg.

ESCALA DE FOST RISK

Es un estudio transversal se creó a partir de la experiencia clínica en donde se califican 8 factores de riesgo para desarrollar ulceración.

Diagnóstico, control metabólico, síntomas de neuropatía diabética, diagnóstico de neuropatía por monofilamento, presencia de claudicación intermitente y ausencia de pulsos periféricos, presencia de deformidades y presencia de infecciones.



FOOT RISK CATEGORIES

| category | Risk profile | Clinic follow-up |
|----------|---|------------------|
| 0 | normal | Every year |
| 1 | Sensory neuropathy | 3-6 months |
| 2 | Sensory neuropathy, deformity & \Or Peripheral arterial disease | 1-3 months |
| 3 | Sensory neuropathy & previous DFU or amputation | 1-4 weeks |

DIABETES FOOT PROBLEMS: WHEN TO SEE YOUR DOCTOR

Visit your regular doctor or foot doctor if you have any of these symptoms:



BIBLIOGRAFIA

- 1.- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- 2.- <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/piel-cabello-unas/ulceras-por-presion.html>
- 3.- <https://urgomedical.es/heridas-tipos/ulceras-por-presion/>
- 4.- https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_de_Norton
- 5.- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400194#:~:text=La%20escala%20de%20Norton%20DMI%20mide%20el%20riesgo%20de%20desarrollar,entr e%2012%20y%2014%20puntos
- 6.- <https://unade.edu.mx/escala-de-braden/#:~:text=La%20Escala%20de%20Braden%20eval%C3%BAa,punt%C3%BAan%20de%201%20a%203>
- 7.- <https://es.scribd.com/document/526177248/Escala-Arnell>
- 8.- <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-EMINA?idioma=es>
- 9.- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100007#:~:text=La%20escala%20EMINA%20valora%20cinco,los%20de%20m%C3%A1ximo%20riesgo9
- 10.- "Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española del índice Downton | Revista de Calidad Asistencial" <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-consecuencias-los-errores-traduccion-cuestionarios-S1134282X15000810#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20Downton%20valora,de%20la%20capacidad%20para%20de ambular>.
- 11.- "Escala de Downton – Enfermería Creativa" <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/>
- 12.- <https://www.hillrom.lat/es/knowledge/article/escala-de-morse/>
- 13.- <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-tinetti#:~:text=La%20escala%20de%20Tinetti%20para,a%C3%B1o%20siguiente%20a%20su%20aplicaci%C3%B3n>
- 14.- <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>
- 15.- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/escala-visual-analogica>
- 16.- <https://www.wearetesters.com/investigacion-de-mercados/escalas-de-valoracion/#:~:text=Escala%20Num%C3%A9rica%3A%20Consiste%20en%20una,la%20amplitud%20de%20la%20escala>
- 17.- <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-medicion-del-dolor-una-13029995#:~:text=Dundee%2C%20en%201968%2C%20introdujo%20cinco,%20Dpenoso%2Dhorrible%2Ddagud%C3%ADsimo>
- 18.- <https://enfermeriacreativa.com/2023/01/22/escala-painad/>
- 19.- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034195#:~:text=RESULTADOS%3A%20La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20San,para%20evaluar%20las%20diversas%20partes>
- 20.- <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/21>