



ALUMNA: Lorena del Carmen Gomez Zacarias

ASIGNATURA: Practica clínica en enfermería 1

LICENCIATURA: En enfermería

6° CUATRIMESTRE

ACTIVIDAD: Supernota (escalas)

DOCENTE: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco

LUGAR: Pichucalco Chiapas.

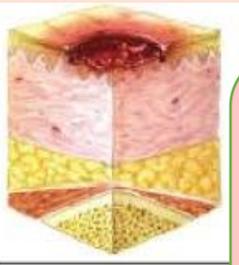
# Escala de valoración Úlceras por presión

## ¿QUÉ ES?

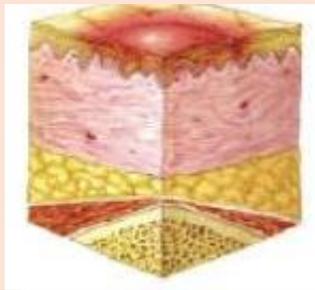
La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.



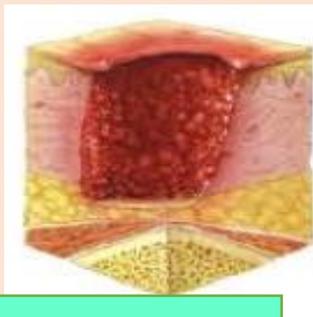
## CATEGORIAS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN



**Estadio 2.** Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a epidermis y o dermis. La superficial que puede tener aspecto de abrasión flictena o pequeño cráter superficial.



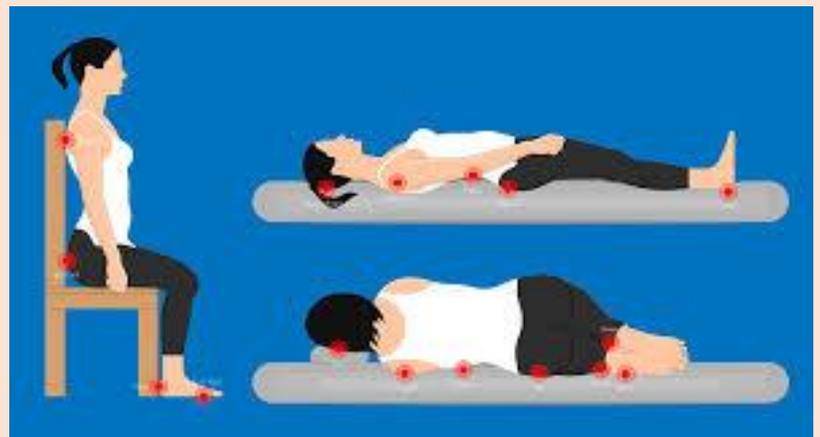
**Estadio 1.** En pacientes con piel clara eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En individuos de piel oscuras puede ser difícil la detección de la palidez estas lesiones suelen acompañarse de induración dolor, sensibilidad, edema, aumento, o disminución de la temperatura en la periferia.



**Estadio 3.** Pérdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo pudiéndose extender más hacia dentro, pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente.



**Estadio 4.** Plena lesión de todo el grosor de la piel con destrucción masiva, necrosis tisular o daño en el musculo, hueso o elementos de sostén. Las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.



ESCALA DE BRADEN. VALORACION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN

Percepción sensorial	1. Completamente limitada	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada
Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona antes estímulo doloroso (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Reacciona antes estímulo dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestia la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona antes ordenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial dolor o malestar en al menos una de las extremidades
Exposición a la humedad	1. Constantemente humedad	2. A menudo humedad	3. Ocasionalmente humedad
Nivel de exposición de la piel a la humedad	La piel se encuentra constantemente expuestas a la humedad por sudoración orina. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo, pero no siempre húmeda, La ropa de cama se ha caminar al menos una vez en cada turno.	La piel esta ocasionalmente humedad: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día
Actividad	1. Encamado/a	2. En silla	3. Deambula ocasionalmente
Nivel de actividad física	Paciente constantemente encamado / a	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso o necesita ayuda para pasar a una silla de ruedas	Deambula ocasionalmente, con sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.
Movilidad	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. ligeramente limitada
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad	Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por si solo	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la exposición del cuerpo o de las extremidades por si sola / o

Nutrición	1. Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada
patrón usual de ingesta de alimentos	Nunca ingiere una comida completa raramente toma mas de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos) bebe poco líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas.	Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrece. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día.	Tomar más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas
Roce y peligro de lesiones	1. Problema	2. Problema potencial	3. No existe problema aparente
	Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/ a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en a silla requiriendo de reposicionamientos frecuentes con la máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce constante	Se mueve muy débil o requiere de mínima asistencia. Durante movimientos. La piel probablemente roza contra partes de las sábanas, sillas, sistemas de subestación y otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama.	Se mueve en la cama aparente y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve en todo momento



## Escala Downton. Ante el riesgo de caídas



¿sabías que?

Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultandos mortales en el 8,8% de los casos.

Las causas de las caídas pueden ser muy diversas y estar relacionadas con:

- Alteraciones del equilibrio.
- Problemas en la marcha.
- Pérdida de fuerza muscular.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones de la visión.
- Padecer determinadas enfermedades crónicas.



O bien a aspectos relacionados con las condiciones del entorno, como:

- Suelos resbaladizos.
- Iluminación insuficiente.
- Superficies irregulares.
- Calzado y ropa inapropiados.



Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

# ¿Cómo la Escala de Morse Reduce las Caídas en el Entorno Hospitalario?

La escala de Morse es una herramienta clave utilizada en la enfermería para la evaluación del riesgo de caídas en pacientes. Este método es fundamental, especialmente en entornos hospitalarios, ya que permite identificar a los pacientes que tienen una mayor probabilidad de sufrir caídas y, por lo tanto, desarrollar intervenciones adecuadas para reducir esos riesgos

## Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1-	Antecedentes de caídas	No	0	<b>RIESGO BAJO</b> Hasta 24
		Si	25	
2-	Diagnóstico secundario	No	0	<b>RIESGO MEDIO</b> 25 de 44
		Si	15	
3-	Ayuda para deambular		0	<b>RIESGO ALTO</b> 45 y mas
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15	
	Bastón / Muletas / Andador Se apoya en los muebles		30	
4-	Vía venosa	No	0	
		Si	20	
5-	Marcha		0	
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15	
	Débil Alterada requiere asistencia		30	
6-	Conciencia / Estado mental		0	
	Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		15	

## ESCALA DE DOWNTON



### CAÍDAS PREVIAS

Sí  No

### MEDICAMENTOS

Tranquilizantes/Sedantes  Antidepresivos  
 Diuréticos  Otros  
 Hipotensores  Ninguno  
 Antiparkinsonianos

### DÉFICIT SENSORIALES



Alteraciones visuales  
 Alteraciones auditivas  
 Extremidades  
 Ninguno

### ESTADO MENTAL

Confuso  
 Orientado

### DEAMBULACIÓN

Segura con ayuda  
 Insegura con/sin ayuda  
 Imposible  
 Normal

>2 PUNTOS  
**ALTO RIESGO DE CAÍDAS**  
 1 PUNTO  
 0 PUNTO

Dentro del grupo de factores de riesgo que aumenta las posibilidades de caídas en ancianos, se presenta un amplio abanico de motivos medibles relacionados con este accidente. La escala de Downton es una herramienta que se utiliza para valorar el motivo de riesgo mediante un sistema de puntos sobre cinco dimensiones: caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos.

## Escala del dolor.

Definir el dolor puede resultar complicado, ya que es una experiencia subjetiva y personal. Sin embargo, se puede describir como una sensación desagradable que puede variar desde una molestia leve hasta una agonía intensa.



Diferencia entre **Dolor agudo**  
**vs. dolor crónico**



El dolor agudo generalmente es de corta duración y tiene una causa identificable, como una lesión o una enfermedad temporal.

El dolor crónico persiste durante un período prolongado, a menudo durante meses o años, y puede no tener una causa clara o identificable. El dolor crónico es un desafío particular, ya que requiere un enfoque integral y de largo plazo para su manejo y control.

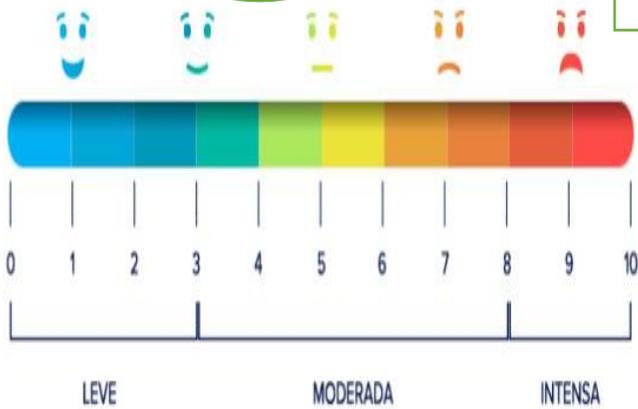
## ¿Qué tipos de escala del dolor existen?

La escala del dolor EVA (Escala Visual Análoga) se trata de una línea horizontal o vertical de 10 cm, en la cual el 0 es la ausencia de dolor y el 10 consiste en un dolor agónico e insoportable, esta escala de dolores sirve solo para medir la intensidad del propio dolor según lo percibe el paciente.



### Escala Numérico Verbal (ENV)

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.

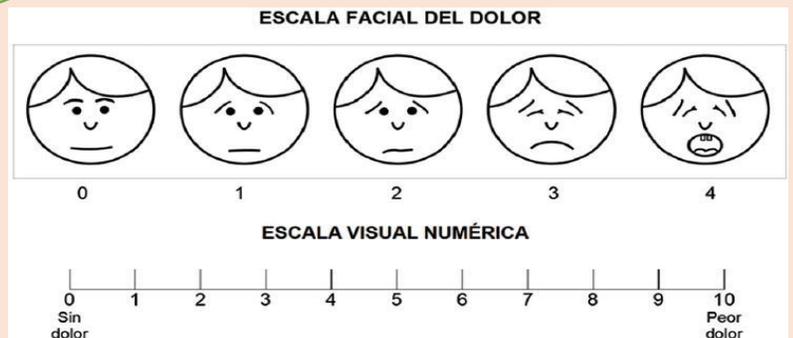


### Escala Verbal Simple (EVS)

En la escala verbal simple el paciente elige la palabra que mejor define el grado de intensidad de su dolor, cada palabra tiene un valor numérico, el cual permite la cuantificación y el registro del dolor del paciente.

### Escala de Expresiones Faciales (EFF)

En este caso se utilizan iconos de caras con distintas expresiones faciales para marcar los niveles de dolor, las cuales van desde una cara sonriente, que sería la ausencia del dolor, a una cara llorando, que sería la expresión de dolor agónico se utiliza con niños ya que no pueden expresar el dolor



## Escala FLACC

Categoría	Expresión facial	Piernas	Actividad	Llanto	Capacidad de consuelo
0	Facies relajada Expresión neutra	Posición normal o relajada	Tranquilo	Sin llanto	Tranquilo
1	Fruncimiento de la glabella esporádico	Incómodo, inquieto, tenso	Inquieto, tenso	Gemidos	Se calma con la voz o el abrazo
2	Mandíbula tensa, temblor del mentón	Elevación de piernas	Rigidez o movimientos espasmódicos	Llanto permanente, gritos, quejas.	Difícil de consolar

### Puntuación:

0: sin dolor; 1 a 2: dolor leve; 3 a 5: dolor moderado; 6 a 8: dolor intenso; 9 a 10: máximo dolor

Esta escala de dolor humano mide parámetros objetivos para identificar la intensidad del dolor en niños menores de tres años, consta de 5 ítems o apartados, y se puede valorar según lo observado de 0 a 2, siendo 0 la ausencia de dolor y 2 un dolor muy fuerte en cada ítem.

### Cuestionario DN4

La escala DN4 es un cuestionario sirve para una mejor detección del dolor neuropático, consta de 4 preguntas o ítems en los cuales se puntúa de 0 (No) a 1 (Si), la nota de corte para la escala de valoración del dolor es igual o mayor que 4.

			Si	No
Entrevista al paciente	Pregunta 1 ¿Tiene su dolor alguna de estas características?	Guemazón	x	
		Sensación de frío doloroso		x
		Descargas eléctricas		x
	Pregunta 2 ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?	Hormigueo	x	
		Pinchazos	x	
		Entumecimiento	x	
Exploración física del paciente	Pregunta 3 ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?	Escozor		x
		Hipoestesia al tacto		x
	Pregunta 4 ¿El dolor se provoca o intensifica por...?	Hipoestesia al pinchazo		x
		Roce	x	

# Escala del pie diabético

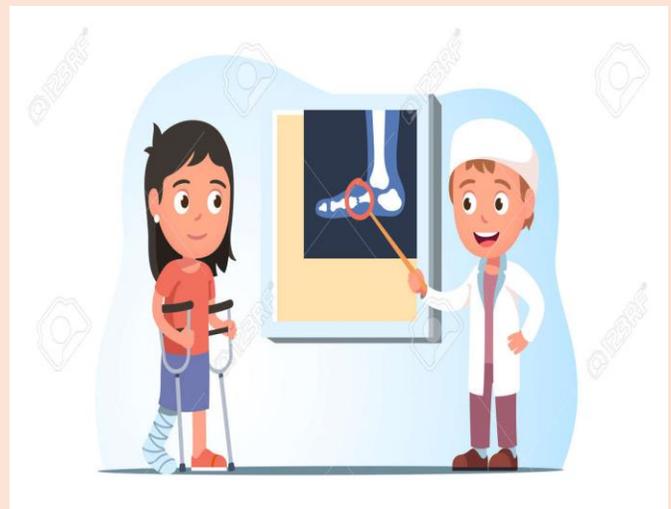
## ¿Es importante saber qué?

Las personas con diabetes tienen un alto riesgo de tener muchos tipos diferentes de problemas en los pies. El examen del pie diabético busca ayudar a encontrar problemas que pueden causar infección severa y amputación (una cirugía para extirpar todo o parte del pie) si no se encuentra y trata temprano.

## ¿Para qué se usa?

El examen del pie diabético se usa para encontrar problemas en los pies de personas con diabetes antes que causen una infección seria. Esta prueba revisa los pies para encontrar:

- Problemas con los nervios y la circulación sanguínea
- Signos de lesiones o heridas
- Cambios en la forma. Los cambios en los pies, como juanetes o dedos en martillo (dedos de los pies que se curvan hacia arriba con la parte superior doblada hacia abajo) pueden causar fricción con los zapatos y provocar úlceras



Población diabética. Se trata de una escala hetero administrada que valora y clasifica las lesiones de los pies en personas diabéticas. A mayor grado, mayor gravedad de la lesión.

### Clasificación Escala de Wagner-Merrit (1981)

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infectada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

En la mayoría de los pacientes, la neuropatía periférica o la enfermedad arterial periférica (EAP) (o ambas) desempeñan un papel fundamental y, por tanto, las úlceras de pie diabético suelen clasificarse como (Tabla 1):

- Neuropáticas
- Isquémicas
- Neuroisquémicas.

Característica	Neuropática	Isquémica	Neuroisquémica
Sensibilidad	Pérdida sensorial	Dolorosa	Grado de pérdida sensorial
Callo/necrosis	Con callo y a menudo grueso	Necrosis común	Callo mínimo
Lecho de la herida	Rosáceo y granuloso, rodeado de callo	Pálido y descamado con granulación deficiente	Granulación deficiente
Pulso y temperatura del pie	Caliente con pulso saltón	Frío con pulso ausente	Frío con pulso ausente
Otras	Piel seca y fisura	Retraso de la curación	Riesgo elevado de infección
Localización típica	Zonas que soportan peso del pie, como por ejemplo las cabezas metatarsianas, el talón o sobre el dorso de los dedos en garra	Las puntas de los dedos, bordes de las uñas y entre los dedos y los bordes laterales del pie	Márgenes del pie y de los dedos
Prevalencia (según <sup>35</sup> )	35 %	15 %	50 %



## ¿Cómo Clasificar la Infección de Pie Diabético?

**1**

**Severidad**

INFECCIÓN **LEVE** (IDSA<sup>a</sup>)-PEDIS<sup>b</sup> 2

**2**

INFECCIÓN **MODERADA** (IDSA)-PEDIS 3/3osteomielitis

**3**

INFECCIÓN **SEVERA** (IDSA)/PEDIS 4/4osteomielitis

**Características**

Presencia de al menos dos o más de los siguientes:

- Hinchazón o induración local
- Eritema > 0.5 cm
- Sensibilidad o dolor local
- Aumento de calor local
- Descarga purulenta

- Infección local con eritema >2 cm
- Afectación de estructuras más profundas que la piel y los tejidos subcutáneos
- Ausencia de respuesta inflamatoria sistémica

- Temperatura >38 °C o <36 °C
- Frecuencia cardíaca >90 latidos/minuto
- Frecuencia respiratoria >20 respiraciones/minuto o PaCO2 <4,3 kPa (32 mmHg)
- Recuento glóbulos blancos >12.000/mm3, o <4.000/mm3, o >10% de formas inmaduras (en banda)

**Antibióticos\***

Agentes orales



Agentes orales o parenterales



Agentes parenterales



**Presentación clínica**

\* Ver recomendaciones de la Guía de Infección para el manejo mediante antibioterapia empírica de la infección de Pie Diabético

## Bibliografía

Escala del dolor ¿Cuánto te duele? (2021, abril 26). *Dr. Carlos Morales*.  
<https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>

SANITAS. (s/f). *Escala Downton ante el riesgo de caídas*. Sanitas. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton>

(S/f-a). Gob.mx. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>

(S/f-b). Mpulso06.com. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <http://mpulso06.com/la-escala-analgésica-de-la-oms-tu-brújula-en-el-laberinto-del-dolor/>

*Examen del pie diabético*. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/examen-del-pie-diabetico/>

*Pie Diabético: Clínica*. (s/f). Ulceras.net. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <https://ulceras.net/monografico/95/80/pie-diabetico-clinica.html>

(S/f). Edu.ec. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <http://tsqmet.edu.ec/escala-de-morse/>