



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERIA

**ALUMNA: EDITH MARCELA
BARJAU CASTELLANOS**

**MATERIA: PRACTICA CLINICA DE
ENFERMERIA**

**DOCENTE: LIC. MARIANO
WALBERTO BALCÁZAR
VELASCO**

CUATRIMESTRE: 6to

SEDE: PICHUCALCO, CHIAPAS

**SUPER NOTA DE DIFERENTES
ESCALAS**

Escalas de Valoración Úlceras por Presión



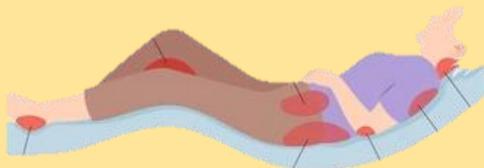
¿Qué es?

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.



Prevención

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.



Para prevenir las úlceras:
Mantenga la piel limpia y seca
Cambie de posición cada dos horas
Utilice almohadas y productos que alivien la presión

Los objetivos de la aplicación de una escala de valoración del riesgo de UPP serían:

1. Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo.
2. Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.
3. Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad.

¿Qué valora?

Las escalas de úlceras por presión (UPP) valoran diversos factores que incrementan el riesgo de desarrollar estas lesiones en la piel. Algunos de los parámetros que se evalúan son: percepción sensorial, exposición a humedad, movilidad, actividad, nutrición, y fricción y cizallamiento.

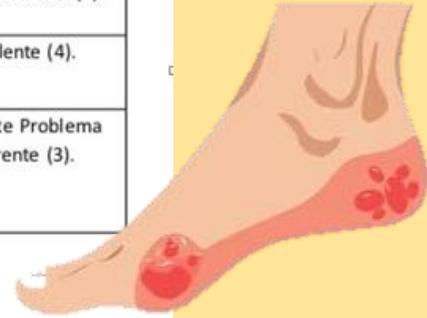


Escalas de valoración



Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).



Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o 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.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y 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 la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.		3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

Escalas de riesgo de Caída

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) reporta que en México el 65% de las personas adultas mayores sufren una caída en su domicilio, mientras que el 40% que habitan unidades de larga estancia geriátrica y el 20% de las personas hospitalizadas también las presentan (CENAPRECE, 2015). Asimismo, existen estudios que reportan que el 46.5% de las personas adultas mayores mexicanas que viven en la comunidad han presentado una caída, el 30.2% con caídas recurrentes y el 16.4% presento caídas ocasionales (Agudelo et al., 2018).

Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO DE COMPORTAMIENTO

Uso de múltiples medicamentos, ingesta excesiva de alcohol, falta de ejercicio, alimentación inapropiada.

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

Edad, género, raza, enfermedades crónicas, disminución de las capacidades físicas, cognitivas y afectivas.

FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS

Bajos ingresos y nivel de educación, vivienda inadecuada, falta de interacción social, acceso limitado a los servicios sociales y de salud, falta de recursos comunitarios.

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Pobre diseño de edificios, pisos y escaleras resbalosos, alfombras sueltas, iluminación insuficiente, aceras agrietadas o desniveladas.

CAÍDAS Y LESIONES RELACIONADAS A CAÍDAS

Consecuencias de las caídas

El impacto de una caída en el bienestar de las personas adultas mayores es de grandes dimensiones, a nivel físico puede presentar lesiones menores en partes blandas y fracturas (frecuentemente en la cadera, fémur, húmero, muñecas y las costillas), limitación funcional, deterioro cognitivo cuando se presentan hemorragias intracraneales y en algunos casos, si la persona tiene dificultad para levantarse y permanece más de una hora en el suelo, se pueden presentar condiciones como deshidratación, hipotermia, infección e incluso la muerte.

¿Que valora?

Las escalas de riesgo de caídas, como la escala de Downton o la escala de Morse, valoran una serie de factores para determinar la probabilidad de que un paciente se caiga. Estos factores incluyen antecedentes de caídas, estado de salud, uso de medicamentos, alteraciones sensoriales y equilibrio, entre otros.



Prevención de las caídas

La prevención de caídas en personas adultas mayores tiene como finalidad la disminución o eliminación del riesgo, detener su avance y atenuar las consecuencias en caso de ocurrencia; esta se divide en cinco niveles

Primario

Conjunto de intervenciones para evitar la ocurrencia de caídas mediante el control de los factores de riesgo relacionados.

Secundario

Medidas necesarias para el diagnóstico precoz del riesgo de caídas mediante los factores de riesgo.

Terciario

Conjunto de medidas dirigidas al correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación oportuna para ralentizar la progresión de complicaciones de salud relacionadas con caídas.

Cuaternario

Intervenciones necesarias para identificar a las personas adultas mayores en riesgo de un diagnóstico y prescripción inapropiada.

Quinario

Conjunto de medidas para evitar intervenciones médicas dañinas que permitan preservar la integridad de las personas adultas mayores.

Nivel de prevención

Daños y consecuencias

NINGUNO

La persona adulta mayor no sufrió lesiones físicas.

INDETERMINADO

El daño no se puede determinar.

MENOR

Necesitó vendaje, hielo, limpieza de una herida, elevación de la extremidad o medicamento de uso tópico para el dolor por una contusión.

MUERTE

La persona falleció como consecuencia de las lesiones sufridas por la caída.

MODERADO

Necesitó sutura, aplicación de puntos de aproximación adhesivos, férulas o presentó luxación.

MAYOR

Presentó una fractura y necesitó cirugía, colocación de yeso (férulas), tracción requirió consulta por daño neurológico o interno.

DAÑOS Y CONSECUENCIAS

Escala de valoración de riesgo de caída

Pregunte lo siguiente

Respuestas

¿Los pisos y tapetes están en buenas condiciones, sin obstáculos que pudieran ocasionar tropiezos y caídas?

Sí () No ()

¿Están bien fijos los bordes de las alfombras?

Sí () No ()

¿Hay desorden en los pasillos o sitios por donde transita la persona adulta mayor?

Sí () No ()

¿La luz es adecuada? (Esto es, sin que deslumbre o produzca destellos)

Sí () No ()

¿Las luces de noche están distribuidas estratégicamente en la casa sobre todo en lugares peligrosos como las escaleras y el baño?

Sí () No ()

¿Las camas, sillas y sofás tienen la altura suficiente para permitir que la persona adulta mayor se siente y levante con facilidad?

Sí () No ()

¿Los teléfonos están localizados de tal forma que las personas no tengan que apresurarse a contestarlos?

Sí () No ()

¿Los cables eléctricos se encuentran en los sitios de paso?

Sí () No ()

Escala del Dolor



Una escala de dolor es una herramienta que permite medir la intensidad del dolor que una persona siente. Se utiliza para ayudar a los médicos a evaluar la gravedad del dolor, determinar la causa y elegir el tratamiento más adecuado.



Cada persona experimenta el dolor de manera diferente. Una 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 a hacer tareas cotidianas



La mayoría de las escalas del dolor utilizan números del 0 al 10. Una puntuación de 0 significa que no hay dolor, mientras que 10 indica el peor dolor que usted haya tenido nunca.

Existen varias escalas para evaluar el dolor, las más comunes son la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica de Valoración del Dolor (ENVD), y la Escala de Puntuación Verbal (VRS). La EVA utiliza una línea horizontal donde se marca un punto que representa la intensidad del dolor, mientras que la ENVD utiliza números del 0 al 10 para representar la intensidad. La VRS permite al paciente describir su dolor utilizando palabras.



Escala del Dolor (EVA)



La escala del dolor EVA (Escala Visual Analógica) 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 del Dolor (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?	Quemazón	x
		Sensación de frío doloroso	
		Descargas eléctricas	
	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	
		Hipoestesia al tacto	
	Pregunta 4 ¿El dolor se provoca o intensifica por...?	Hipoestesia al pinchazo	
		Roce	x

Escala del Dolor FLACC

De 1 mes-3 años y en pacientes no colaboradores

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiéndose las piernas	Rigido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

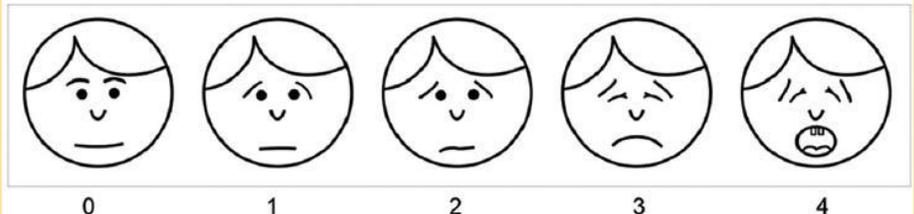
0: no dolor; 1-2: Dolor leve; 3-5: dolor moderado; 6-8: dolor intenso; 9-10: máximo dolor imaginable

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

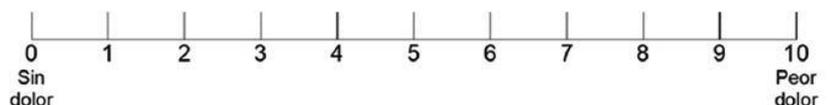
Escala de expresiones faciales

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

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



ESCALA VISUAL NUMÉRICA



Escala para pie Diabético

La "escala para pie diabético" se refiere a sistemas de clasificación que evalúan la gravedad de las lesiones en los pies de personas con diabetes. Estos sistemas, como la escala de Wagner-Merrit, ayudan a los profesionales de la salud a determinar el estado de la úlcera, la profundidad de la lesión, la presencia de infección y la enfermedad vascular.



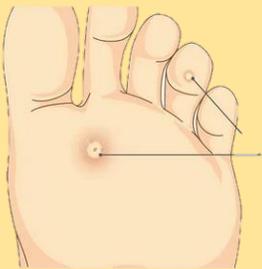
Para clasificar las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner-Merrit, que constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre los darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

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:

Los grados 4 y 5 no son una fase avanzada de los 1, 2 y 3.

No diferencia si hay o no isquemia en los grados 1, 2 y 3, fundamental para conocer el pronóstico.

No especifica si hay infección asociada y en que grado 3.



Escala de Meggit-Wagner

La clasificación de Meggit-Wagner es probablemente junto con la clasificación de Texas el sistema de estadiaje de lesiones de pie diabético más conocido (12, 22). Fue descrita por primera vez en 1976 por Meggit (23) pero fue popularizada por Wagner en 1981 (24). Este sistema consiste en la utilización de 6 categorías o grados.

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.



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.

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO



Escala de Gibbons

Clasifica las lesiones diabéticas en tres niveles de acuerdo con la severidad. La severidad vendría determinada con la presencia de infección y su profundidad. De esta forma las lesiones diabéticas serían leves (aquellas lesiones superficiales, sin celulitis ni afectación ósea), moderadas (lesiones profundas, con posible afectación ósea, celulitis periférica entre 0 y 2 cm) y severas (lesiones profundas, con afectación articular y ósea, secreción purulenta, con más de 2 cm periféricos de celulitis y probable cuadro sistémico).

Tabla 2. Clasificación de Gibbons para lesiones de pie diabético (25)

Clasificación	Descripción
Leve	Superficial, sin celulitis, sin afectación ósea
Moderada	Profunda, con posible afectación ósea, entre 0 y 2 cm periféricos de celulitis
Severa	Profunda, con afectación articular y ósea, secreción purulenta, más de 2 cm periféricos de celulitis, probable cuadro sistemático

BIBLIOGRAFIA

<https://ulceras.net/monografico/115/103/ulceras-por-presion-tratamiento.html>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/929765/08_MANUAL_PARA_LA_PREVENCION_Y_ATENCION_DE_CAIDAS_EN_PAMS_APA.pdf

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482206/CAIDAS.pdf>

<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/escala-de-puntuacion-del-dolor-stp1310>

<https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>

<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Merrit?idioma=es>