



**CAPÍTULO XV**



**Guías de  
valoración**



## 15.1. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA ESCALA DE GLASGOW

- **Definición:**

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

- **Objetivo:**

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

- **Equipo:**

- Escala de Glasgow.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

Escala Glasgow Adultos	Respuesta del paciente	Puntuación
Apertura de ojos	Espontánea	4
	Al sonido	3
	Al habla	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Incoherente	3
	Ininteligible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Reflejo retirada	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ausente	1

Escala Glasgow Pediátrica	Respuesta del paciente	Puntuación
Respuesta ocular	Espontánea	4
	Al habla	3
	Al dolor	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Ruidos y gorgojeos	5
	Irritable	4
	Llora ante el dolor	3
	Gime ante el dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta motora	Movimientos espontáneos normales	6
	Retirada al contacto	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ninguna	1

- **Bibliografía:**  
- Bibliografía general

- **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

## 15.2. VALORACIÓN DEL DOLOR

- **Definición:**

Recogida y análisis de los datos sobre el dolor, por parte de la enfermera, del dolor que siente el paciente tanto desde una perspectiva objetiva como subjetiva.

- **Objetivo:**

Conocer etiología, intensidad, localización, tipo, comienzo, duración y alivio del dolor que presenta el paciente.

- **Equipo:**

Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Valorar al paciente para conocer el dolor que siente de forma objetiva y subjetiva.

- a) Valoración subjetiva**

- Preguntar al paciente por la intensidad del dolor (ver apartado de escalas), preguntar al paciente la localización, irradiación, si aumenta o disminuye con la actividad y si sabe cuál puede ser la causa.
- Observar la conducta ante el dolor.
- Valorar cómo es el dolor: agudo-crónico, sordo, pulsátil, lacerante, continuo-intermitente, somático, visceral o neuropático.
- Valorar si hay signos de ansiedad.
- Si ha tomado analgesia, preguntar por el efecto analgésico y duración.

- b) Valoración objetiva**

- Tomar la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, valorar si hay cambios.
- Valorar la presencia de náuseas y vómitos, cambios en la temperatura, alteración del tono muscular (tensión músculos faciales), dilatación de pupilas, insomnio, debilidad, agotamiento.
- Observar si hay una conducta desordenada: llantos, lamentos, nerviosismo, etc.
- Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente.

- **Observaciones**

- Aspectos a tener en cuenta para valorar el dolor en niños:
  1. Etapa preverbal (0-3 años): el llanto es el principal indicador, las expresiones faciales como muecas, frente arrugada, ojos cerrados muy prietos, etc. movimientos corporales significativos, apertura de manos, puños muy apretados, rigidez muscular, alteraciones del patrón del sueño (letargia o irritabilidad), rechazo a los alimentos.
  2. En niños de 4-8 años se valorará la intensidad del dolor con la Escala de Wong y BaKer (dibujitos de caras).
  3. En niños de 9-14 años se utiliza la misma escala que en los adultos.

## • Escalas

### 1. Escala analógica visual (EAV) ): Scout-Huskinson 1976

Consiste en preguntarle al paciente sobre una regla graduada de 0 a 10 el valor numérico de su dolor, de la siguiente forma:

0	10
No dolor	Dolor severo

Según el punto señalado en el segmento de recta se expresa:

Valor EAV	Dolor
2 - 4	Leve-moderado
4 - 6	Moderado-severo
6 - 10	Severo-Insoportable

### 2. Escala de valoración verbal: 1948 Keele

Valora en puntos diferentes intensidades del dolor:

- 0 - No dolor.
- 1 - Dolor leve.
- 2 - Dolor moderado.
- 3 - Dolor severo
- 4 - Dolor atroz

### 3. Escala de Wong y Baker. Escala de dibujos faciales (2001)

Puede usarse con niños de 3 años y mayores.



*Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th edition, St Louis, 2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright, Mosby.*

## • Bibliografía:

- Principles of best practice. Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London MEP 2004.
- Serrano Atero MS, Caballero J., Cañas A., García Saura P et al. Valoración del dolor (II). Rev. Soc. Esp. Dolor.2002;109-121.
- Quiles MJ, Van-der Hofstadt J., Quiles J. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). Rev. Soc. Esp. Dolor, 2004;11(6).
- Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML: Wong's Essentials of

Pediatric Nursing, 6th edition, St Louis, 2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright, Mosby.

- Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. Jano 2005;vol LXVIII nº 1553:41-44

- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

### 15.3. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE BRADEN

• **Definición:**

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

• **Objetivo:**

Cuantificar el riesgo de aparición de una úlcera por presión que presenta el paciente.

• **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora.

• **Escala de Braden:**

<p><b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión</p>	<p><b>1.- Completamente limitada</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estreme-ciéndose o agarrándose), o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.</p>	<p><b>2.- Muy limitada</b> 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.</p>
<p><b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad</p>	<p><b>1.- Constantemente húmeda</b> 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.</p>	<p><b>2.- Ocasionalmente húmeda</b> La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>
<p><b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad física</p>	<p><b>1.- Encamado</b> Paciente constantemente encamado.</p>	<p><b>2.- En silla</b> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>
<p><b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p>	<p><b>1.- Completamente inmóvil</b> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p><b>2.- Muy limitada</b> 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.</p>
<p><b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p><b>1.- Muy pobre</b> 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 en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p><b>2.- Probablemente inadecuada</b> Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteico incluye sólo 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.</p>
<p><b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS</b></p>	<p><b>1.- Problema</b> Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p><b>2.- Problema potencial</b> 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.</p>



<p><b>3.- Ligeramente limitada</b> 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.</p>	<p><b>4.- Sin limitaciones</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.</p>
<p><b>3.- Ocasionalmente húmeda</b> La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p><b>4.- Raramente húmeda</b> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.</p>
<p><b>3.- Deambula ocasionalmente</b> 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 una silla.</p>	<p><b>4.- Deambula frecuentemente</b> 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.</p>
<p><b>3.- Ligeramente limitada</b> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.</p>	<p><b>4.- Sin limitaciones</b> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
<p><b>3.- Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de 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.</p>	<p><b>4.- Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida.  Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p><b>3.- No existe problema aparente</b> 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.</p>	

ALTO RIESGO: Puntuación total <12. RIESGO MODERADO: Puntuación total 13-14 puntos.

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

Payá Pérez B. Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital General universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante.1999.

• **Bibliografía:**

- Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk a nursing home population. Res Nurs Health 1994;459-470.
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF, Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Revista española de Geriátria y Gerontología 2001;36:267-271.
- Payá Pérez B. Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de la úlceras por presión en el Hospital General Universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante.1999.
- Bibliografía General.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

**15.4. VALORACION DE RIESGO UPP EN NIÑOS A TRAVES DE LA ESCALA DE BRADEN Q.**

• **Definición:**

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, que ha sido validada y modificada para su uso en UCINs y UCIPs. (No validada en Castellano).

• **Objetivo:**

Valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en niños.

• **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden Q.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar a los padres
- Solicitar la colaboración de los padres
- Valorar el riesgo que presenta el niño de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden Q
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del niño, fecha y hora.

• **Observaciones:**

- Los estudios realizados muestran que las UPP en niños ingresados en UCIP se localizan con mayor frecuencia en: cabeza (sobre todo en occipucio), oreja, pecho y sacro.
- La Braden Q ha sido diseñada para aplicarla a pacientes pediátricos menores de 5 años, para pacientes mayores de 5 años se recomienda la utilización de la escala Braden.

• **Bibliografía**

- Willock J, Maylor M. Pressure ulcers in infants and children. Nurs Stand. 2004 Feb 25-Mar 2; 18 (24): 56-60, 62.
- Curley MA, Quigley SM, Lin M. Pressure ulcers in pediatric intensive care: incidence and associated factors. Pediatr Crit Care Med. 2003 Jul; 4 (3): 284-90.
- Curley MA, Razmus IS, Roberts KE, Wypig D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. Nurs Res. 2003 Jan-Feb; 52 (1): 22-34.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

**Tabla: Escala Braden Q.**

**Intensidad y duración de la presión**

<b>Movilidad</b> Capacidad de cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil. No hace ningún cambio en la posición del cuerpo o las extremidades sin ayuda	2.- Muy limitado. Cambios ocasionales y ligeros en la posición del cuerpo o extremidades, pero incapaz de darse la vuelta sin ayuda	3.- Ligeramente limitado. Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin ayuda	4.- No limitado. Realiza frecuentes y adecuados cambios de posición sin ayuda
<b>Actividad</b> Nivel de actividad física	1.- Encamado. Confinado en la cama (¿Obligado a permanecer en cama por cualquier motivo?)	2.- En silla. No puede caminar, o práctica incapacidad para ello. No puede soportar su propio peso y debe ser ayudado a moverse en la silla o sillón	3.- Camina ocasionalmente. Camina, durante el día, pero distancias muy cortas, con o sin ayuda. Pasa la mayor parte del tiempo sentado o en la cama	4.- Pacientes demasiado jóvenes para caminar o deambular frecuentemente. Caminan fuera de la habitación al menos dos veces al día, y al menos una vez cada dos horas dentro de la habitación durante el día cuando están despiertos

**Percepción sensorial**

Capacidad de responder de forma adecuada a las molestias derivadas de la presión sobre alguna parte del cuerpo

1.- Completamente limitado. No respuesta a estímulos dolorosos, debida a bajo nivel de conciencia o sedación. Incapacidad para percibir dolor sobre la práctica totalidad de la superficie corporal	2.- Muy limitado. Sólo responde a estímulos dolorosos. No puede comunicar su discomfort excepto con signos de inquietud o agitación. Padece alteraciones sensoriales que limitan su capacidad para sentir dolor en al menos la mitad de su superficie corporal	3.- Ligeramente limitado. Responde a órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar su necesidad de ser movilizado. Padece alteraciones sensoriales que limitan su capacidad para sentir dolor en una o dos extremidades	4.- No limitado. Responde a órdenes verbales. No tiene déficits sensoriales que impidan sentir o comunicar dolor o discomfort
---	--	---	---

**Tolerancia de la piel y estructuras anejas****Humedad**

Grado de humedad de la piel

1.- Humedad constante. La piel está húmeda casi constantemente, debido a la transpiración, orina, exudados, etc. Cada vez que el paciente se mueve, se objetiva que está húmedo.	2.- Humedad frecuente. La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama o pañales deben ser cambiados al menos cada 8 horas	3.- Ocasionalmente húmedo. La ropa de cama o pañales deben ser cambiados al menos cada 12 horas.	4.- Humedad escasa. La piel está casi siempre seca. La ropa de cama o pañales deben ser cambiados sólo cada 24 horas
--	--	--	--

**Fricción y compresión de la piel**

1.- Problema grave. La espasticidad, contractura, picor o agitación provocan una fricción constante sobre la piel	2.- Problema. Requiere una asistencia casi completa. Incapacidad casi completa para levantar su peso sobre la silla o la cama. Se requieren frecuentes cambios de posición con ayuda casi total	3.- Problema potencial. Requiere mínima asistencia para moverse. Durante los movimientos, suele haber fricción de la piel contra las sábanas o la silla. Mantiene una buena posición sobre la cama o la silla frecuentemente	4.- Sin problema. Se mueve en la cama o la silla sin ayuda. Suficiente fuerza muscular para levantar su peso y evitar la fricción durante los cambios de postura. Mantiene una buena posición en la cama o la silla
---	---	--	---

<b>Nutrición</b>	1.- Muy deficiente. Nutrición enteral y/o ingesta sólo de líquidos y/o Nutrición parenteral durante más de 5 días. Albúmina menor de 2.5 mg/dl o nunca ingiere una comida completa. Casi nunca come más que la mitad de lo que se le ofrece Sólo toma dos raciones de proteínas al día. Ingesta de líquidos muy pobre. No toma suplementos dietéticos.	2.- Deficiente. A dieta líquida, enteral o parenteral con aporte inadecuado de calorías y minerales para su edad, o albúmina menor de 3 mg/dl, o raramente ingiere una comida completa y sólo ingiere la mitad de lo que se le ofrece. Sólo ingiere tres raciones de proteína al día. Ingesta ocasional de suplementos dietéticos	3.- Adecuada. En nutrición enteral o parenteral con aporte adecuado de calorías y minerales para su edad, o ingiere la mayoría de las comidas completas. Ingiere cuatro raciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza alguna comida pero acepta los suplementos dietéticos cuando se le ofrecen	4.- Excelente. Toma una dieta ordinaria, con un aporte calórico y mineral adecuado a su edad. Nunca rechaza una comida. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
<b>Perfusión tisular y oxigenación</b>	1.- Muy comprometida. Tensión Arterial Media menor de 50 (menor de 40 en niños recién nacidos). Intolerancia a los cambios posturales	2.- Comprometida Normotenso Saturación percutánea de Oxígeno menor de 95%, o Hemoglobina menor de 10 mg/dl, o relleno capilar mayor de 2 segundos. Ph sanguíneo menor de 7.40	3.- Adecuada Normotenso Saturación percutánea de Oxígeno en ocasiones menor de 95%, o Hemoglobina en ocasiones menor de 10 mg/dl, o relleno capilar en ocasiones mayor de 2 segundos. Ph sanguíneo normal	4.- Excelente Normotenso, Saturación percutánea de Oxígeno mayor de 95%, Hemoglobina normal y relleno capilar menor de 2 segundos

## 15.5. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE NORTON

- **Definición:**

Medición del riesgo de desarrollar una úlcera por presión, a través de una escala validada.

- **Objetivo:**

Cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta el paciente.

• **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Norton.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Norton.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora.

• **Escala de Norton:**

ESTADO FÍSICO 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

**Clasificación de riesgo:**

7 a 12 puntos ALTO

13 a 18 puntos MODERADO

19 a 24 puntos BAJO

• **Bibliografía:**

- Jiménez MR., González E., Laureano R., Lobatón A . Úlceras por decúbito. Valoración por escala de Norton. R e v. Enferm IMSS 2002;10(2):89-91.
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

## 15.6. Valoración del riesgo de caídas: Escala FRS( Fall Risk Store) JH. Downton (1993).

### • Definición:

Medición del riesgo de sufrir una caída, a través de una escala validada.

### • Objetivos:

- Identificar al paciente susceptible de caídas.
- Establecer las acciones necesarias de prevención de caídas en pacientes identificados de riesgo.

### • Equipo:

- Escala de valoración del riesgo de caídas FRS.

### • Material:

- Registros de enfermería.

### • Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de sufrir una caída a través de la escala FRS.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

### • Escala:

#### ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

ALTO RIESGO >2 PUNTOS

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1

ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

• **Bibliografía:**

- Downton J. Falls in the elderly. En textbook of Geriatric Medicine and Gerontology(4thEd.) Brocklehurst et al. Churchill Livingstone 1992;318-323.
- Carro García T, Alfaro Hache A. Caídas en el anciano. revisiones SEMG 2005;582-589.
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación del procedimiento:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

**15.7. Valoración de la piel perilesional. FEDPALLA (2004)**

• **Definición:**

Medición de las condiciones de la piel perilesional de una herida a través de una escala.

• **Objetivos:**

- Determinar las condiciones de la piel perilesional o circundante de una herida.
- Orientar al profesional para el tratamiento y así llegar a la par la cicatrización del lecho de la herida y epitelización desde los bordes y poder establecer un pronóstico de curación.

• **Equipo:**

Escala de valoración de la piel perilesional FEDPALLA (2004). Palomar et al.

• **Material:**

Registros de enfermería.



• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar la piel perilesional de la herida (escala FEDPALLA)
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Escala:**

**TABLA I. ESCALA VALORACION DE LA PIEL PERILESIONAL (FEDPALLA)**

HIDRATACIÓN	DERMATITIS	VASCULARIZACIÓN (color de la piel)	BORDES	DEPOSITOS	SUMA TOTAL DE PUNTAJACION
5 Piel normal	5 Piel normal	5 Eritema rojo	5 Lisos	5 Escamas	
4 1cm macerada	4 Eczema seco	4 Eritema violáceo	4 Inflamados y mamelones	4 Costras	
3 > 1cm macerada	3 Eczema exudativo	3 Negro-azulado-marrón	3 Romos o excavados	3 Hiperqueratosis	
2 Seca	2 Eczema vesiculoso	2 Eritema >2 cm y calor (celulitis)	2 Esclerosados	2 Pústulas seropurulentas	
1 Seca y con esclerosis	1 Eczema con erosión o liquenificado	1 Negro (trombosado)	1 Necrosado	1 Edema, linfedema	

**TABLA II. GRADOS Y PRONOSTICO EPITELIZACIÓN**

PUNTOS	GRADO	EPITELIZACION
5 – 10	IV	Muy malo
11 – 15	III	Malo
16 –20	II	Bueno
21 - 25	I	Muy bueno

• **Bibliografía:**

- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo Muñoz..Elaboración y validación de la escala de Valoración de la piel perilesional de úlceras y heridas (FEDPALLA). Fundación de Investigación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia 2004.
- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo MuñozEscala valoración estado de la piel perilesional (FEDPALLA). Web Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica, enero 2006

- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo Muñoz. Escala de Valoración de la piel perilesional FEDPALLA en el II Congreso Nacional de Enfermería Sociosanitaria, 24, 25 y 26 de Mayo 2006, Palma de Mallorca
- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo Muñoz. Surrounding skin: Validity of FEDPALLA scale, 16 th Conference of the European Wound Management Associaton, Prague, Czech Republic, 18 – 20 May 2006
- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo Muñoz. How to manage the surrounding skin of different wounds, 16 th Conference of the European Wound Management Associaton, Prague, Czech Republic, 18 – 20 May 2006,
- Federico Palomar Llatas , Begoña Fornes Pujalte , Ana Tornero Pla , Amparo Muñoz. Escala valoración de la piel perilesional, Grados y pronóstico de Epitelización”. I Jornada de Cuidados de Enfermería, Avanzando en los cuidados, 13-14 Junio 2006
- Bibliografía General

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

**15.8. VALORACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA A TRAVÉS DEL INDICE DE BARTHEL**

• **Definición:**

Instrumento de medida de la discapacidad física, mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

• **Objetivo:**

Determinar la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

• **Equipo:**

Escala de valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Índice de Barthel.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

• **Observaciones:**

Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda? Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

**Interpretación:**

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)	
Dependencia Total: <20	Dependiente Grave: 20 – 35
Dependiente Moderado: 40 - 55	Dependiente Leve: >60
Reevaluación: Cuando las condiciones del paciente cambien	

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Puntos
Lavarse	• Independiente. Entra y sale solo al baño	5
Baño	• Dependiente	0
Arreglarse	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
Aseo	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0

Deambular	• Independiente, camina solo 50 m.	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
Micción	• Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	• Incontinente	0
Deposiciones	• Continente	10
	• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	• Incontinente	0
TOTAL		

### • Bibliografía

- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
- Cid Ruzafa J, Damian Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública, Mar. /Abr. 1997, Vol.71, no.2, p.127-137.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T y cols. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40

### • Criterios de evaluación:

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	

## 15.9. VALORACION DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

### • Definición:

Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

• **Objetivo:**

Determinar el grado de sobrecarga del cuidador.

• **Equipo:**

Escala de valoración de sobrecarga del cuidador .Test de Zarit

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del cuidador.
- Informar al cuidador
- Solicitar la colaboración del cuidador.

• **Observaciones:**

Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

- Interpretación:

- <47: No sobrecarga
  - 47 a 55: Sobrecarga leve
  - >55: Sobrecarga intensa
- Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador.

**TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	

¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES: 1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

### • Bibliografía.

- Zarit Sh, Reeve Ke, Bach-Peterson J . Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20:649-654.
- Gatz M, Bengtson VL, Blurn MJ. Caregiving families. En: Birren JE & Schale KW (eds). Handbook of the psychology of aging. 3ªed. Nueva York: Academic Press;1990. p 405-26.

### • Criterios de evaluación:

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro de la puntuación obtenida en la escala, fecha y hora.	
Registro de la planificación de nuevas valoraciones con la escala.	