



UDS

Mi Universidad

SUPER NOTA .

NOMBRE DEL ALUMNO:

SULEIMA HERNANDEZ GIRON

NOMBRE DEL TEMA:

SUPER NOTA:

- ULCERAS POR PRESIÓN.
- RIESGO DE CAIDAS.
- ESCALAS DEL DOLOR.
- ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO.

NOMBRE DE LA MATERIA:

PRÀCTICA CLÍNICA ENFERMERIA I

NOMBRE DEL PROFESOR:

LIC. MARIANO WALBERTO BALCAZAR

NOMBRE DE LA LICENCIATURA:

ENFERMERIA

CUATRIMESTRE 6TO

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR



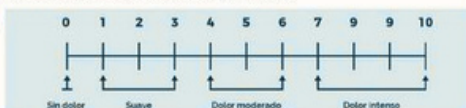
EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA):

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve hasta 4 cm, Moderada de 5-7cm y severa si es mayor de 7cm.



EN (ESCALA NUMÉRICA VERBAL):

El paciente puntúa su dolor del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable.



EVS (ESCALA VERBAL SIMPLE):

Escala categórica verbal del dolor.

El paciente elige la palabra que mejor describa la intensidad de su dolor. Cada palabra está asociada a un valor numérico que permite la cuantificación y registro.

La facilidad de aplicación es su fortaleza, en tanto que sus limitaciones son una baja sensibilidad, un escaso rango de respuesta y la dificultad para aplicarla en investigación. También es difícil de aplicar en pacientes con deterioro cognitivo y trastornos del lenguaje.



EFF (ESCALA DE EXPRESIONES FACIALES):

Se conoce también como escala facial de Wong y Baker.

Se utiliza sobre todo en la edad pediátrica y muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto, a cada una de las cuales se le asigna un número del 0 (no dolor) al 6 (máximo dolor). El paciente tiene que indicar la cara que mejor representa la intensidad de su dolor en el momento del examen.



ESCALA PAINAD

Especialmente útil en pacientes con demencia avanzada consta de cinco ítems de valoración: respiración, expresión facial, lenguaje corporal, vocalizaciones o verbalizaciones negativas y posibilidad de consuelo.

Cada ítem puede obtener una puntuación máxima de 2. Las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor), equivalente a la escala EVA.



ULCERAS POR PRESION



DEFINICION

Lesiòn de origen isquémico, localizada en piel y tejidos subyacentes con pérdidas de sustancia cutànea por presiòn prolongada.

ETIOLOGIA

La etiología de las úlceras por presión es multifactorial, lo que significa que hay varios factores que contribuyen a su desarrollo. Se pueden clasificar en:

Fact, Riesgo

- Factores directos: inmovilidad, presión prolongada, fricción, fuerzas de cizallamiento, humedad y mala perfusión sanguínea.
- Factores indirectos: percepción sensorial disminuida, diabetes, obesidad, desnutrición, inmunodeficiencias y problemas circulatorios.
- Otros factores: edad avanzada, polimedicación, edemas, infecciones y cambios degenerativos en los tejidos.



CLASIFICACION

CATEGORIA 1

Eritema no blanqueante en piel intacta. La piel presenta enrojecimiento localizado que no desaparece al aplicar presión. Puede haber cambios en la temperatura, consistencia o sensibilidad de la piel.



CATEGORIA 2

Pérdida parcial del espesor de la piel. Se observa una úlcera superficial con afectación de la epidermis y la dermis. Puede presentarse como una ampolla o una herida abierta con un lecho rosado.



CATEGORIA 3

Pérdida total del grosor de la piel. Se afecta el tejido subcutáneo, pero sin exposición de músculos, huesos o tendones. Puede haber presencia de esfacelos y cavitaciones.



CATEGORIA 4

Pérdida total del espesor de los tejidos. Se expone músculo, hueso o estructuras profundas. Puede haber necrosis, esfacelos y tunelizaciones.



PREVENCIÓN

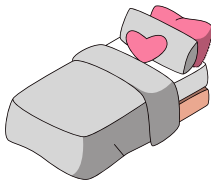
Movilización frecuente

Cambiar de posición cada 2-3 horas en pacientes encamados y cada 1 hora en quienes usan silla de ruedas.



Uso de superficies especiales

Colchones y cojines diseñados para reducir la presión, como los de aire o espuma viscoelástica.



Cuidado de la piel

Mantener la piel limpia y seca, usar cremas hidratantes y evitar productos con alcohol.



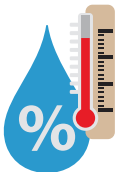
Nutrición adecuada

Una dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales ayuda a la regeneración de los tejidos.



Higiene y control de la humedad

Evitar la acumulación de humedad por sudor o incontinencia, usando ropa y sábanas absorbentes.



Evaluación del riesgo

- Aplicar escalas como la de Norton o Braden para identificar pacientes con mayor riesgo y tomar medidas preventivas.
- Si quieres más información detallada, puedes consultar [esta guía del IMSS](#) o [este protocolo](#) de prevención. 😊

CLINICA

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DE UPP

@estudiantenurse

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitación
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitación
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	
NIVEL	PUNTOS		CÓDIGO	
Riesgo alto	< 8 = a 12		ROJO	
Riesgo medio	13 - 14		AMARILLO	
Riesgo bajo	15 - 16 si es < de 75 años 15 - 18 si es ≥ a 75 años		VERDE	





RIESGO DE CAÍDA

El riesgo de caída se refiere a la probabilidad de que una persona sufra una caída durante sus actividades diarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera un problema de salud pública, ya que puede tener consecuencias graves, especialmente en personas mayores.

FACTOR INTRINSECO

- 1 **Edad avanzada:** A medida que envejecemos, la fuerza muscular y el equilibrio pueden disminuir.
- 2 **Enfermedades crónicas:** Diabetes, hipertensión, osteoporosis y enfermedades neurológicas pueden afectar la movilidad.
- 3 **Alteraciones en la marcha y el equilibrio:** Problemas en la movilidad aumentan el riesgo de tropiezos.
- 4 **Déficit visual o auditivo:** La disminución de la visión o audición puede dificultar la percepción del entorno.
- 5 **Uso de medicamentos:** Algunos fármacos, como sedantes o antihipertensivos, pueden causar mareos o somnolencia.
- 6 **Deterioro cognitivo:** Enfermedades como el Alzheimer pueden afectar la capacidad de reacción ante obstáculos.



FACTOR EXTRINSECO



- 1 **Superficies irregulares o resbaladizas:** Pisos mojados, alfombras sueltas o desniveles pueden provocar caídas.
- 2 **Iluminación deficiente:** La falta de luz adecuada dificulta la identificación de obstáculos.
- 3 **Falta de apoyos:** La ausencia de pasamanos en escaleras o baños aumenta el riesgo.
- 4 **Calzado inadecuado:** Zapatos sin suela antideslizante o con tacón alto pueden ser peligrosos.
- 5 **Obstáculos en el hogar:** Cables sueltos, muebles mal ubicados o desorden pueden ser un riesgo.



RESULTADOS DE UNA CAÍDA

- **Lesiones físicas:** Desde moretones y heridas leves hasta fracturas graves, como las de cadera, muñeca o columna.
- **Pérdida de independencia:** Muchas personas desarrollan miedo a caer nuevamente, lo que reduce su movilidad y calidad de vida.
- **Complicaciones médicas:** Una caída puede provocar hospitalización, infecciones, trombosis o deterioro general de la salud.
- **Impacto psicológico:** Ansiedad, depresión y disminución de la autoestima pueden surgir tras una caída.
- **Aumento del riesgo de nuevas caídas:** Una persona que ha caído tiene mayor probabilidad de volver a caer en el siguiente año.



ESCALA DOWNTON

El objetivo de esta escala es valorar el riesgo de caída de las personas, habitualmente se usa en personas mayores.

ESCALA DE DOWNTON







CAÍDAS PREVIAS

☐ Sí
☐ No

MEDICAMENTOS

☐ Tranquilizantes/Sedantes
☐ Diuréticos
☐ Hipotensores
☐ Antiparkinsonianos

☐ Antidepresivos
☐ Otros
☐ Ninguno

DÉFICIT SENSORIALES

☐ Alteraciones visuales
☐ Alteraciones auditivas
☐ Extremidades
☐ Ninguno



ESTADO MENTAL

☐ Confuso
☐ Orientado

DEAMBULACIÓN

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



**EQUIPO
COCOS**

**>2 PUNTOS
ALTO RIESGO
DE CAÍDAS**

☐ 1 PUNTO
☐ 0 PUNTO

Caídas previas. En algunos documentos se hace hincapié en la historia de caídas en los últimos doce meses.

Medicamentos. Aquí se valoran los fármacos que de alguna manera pueden fomentar el riesgo de caídas. En el apartado de “otros medicamentos”. Según los criterios STOPP/START otros medicamentos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación.

Déficits sensoriales. No hace falta decir que la falta de visión o auditiva aumentan el riesgo de caídas. Afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas hacen que se sumen puntos de riesgo y aumente el riesgo de sufrir una caída. Al igual que enfermedades que alteran la marcha como un ictus.

Estado mental. Un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo influye, y mucho, ya que pueden tener tres veces más riesgo de caerse que personas orientadas.

Deambulación. La alteración de la marcha, la movilidad, el equilibrio y el uso de dispositivos de ayuda (bastones, muletas, etc.) son aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar este ítem.



ESCALAS DE VALORACION PARA PIE DIABETICO



El pie diabético es una complicación de la diabetes mellitus que afecta los pies debido a daño en los nervios (neuropatía diabética) y problemas circulatorios (enfermedad arterial periférica). Esto puede provocar úlceras, infecciones y destrucción de los tejidos, aumentando el riesgo de amputación.

DATOS DE ALARMA DE PIE DIABÉTICO



- Hinchazón en las piernas o pies
- Hormigueos y calambres
- Cambios de color o temperatura
- Hongos en piel o uñas
- Piel seca y descamaciones
- Agrietamiento
- Humedad entre los dedos
- Ampollas
- Úlceras o callosidades
- Falta de sensibilidad

No tener vigilancia, limpieza y cuidado de los pies puede ocasionar heridas susceptibles de infectarse que, si no se tratan a tiempo, podrían complicarse.



La pérdida de sensibilidad en las extremidades y los problemas de movilidad podrían provocar heridas graves que requieran la amputación.

LA CLASIFICACIÓN WAGNER (GRADOS)

otorga información sobre la gravedad, profundidad e infección para determinar el tratamiento.



Escala de Wagner-Meritt: Clasifica las úlceras del pie diabético en seis grados, desde lesiones superficiales hasta gangrena severa.

Pie diabético				
Clasificación de la Universidad de Texas				
Estadio	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
	A Lesiones pre o periúlcéricas. Completamente epitelizadas	Herida superficial, no afecta tendón, cápsula o hueso	Herida que afecta tendón, cápsula o hueso	Herida que penetra hueso o articulación
	B Infectada	Infectada	Infectada	Infectada
	C Isquémica	Isquémica	Isquémica	Isquémica
	D Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica	Infectada e isquémica

Clasificación de Texas: Evalúa la profundidad de la lesión, la presencia de infección y la isquemia, proporcionando un enfoque más detallado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Rebollar, R., & Palacios, M. (2015). Escalas de valoración de dolor. [PDF]. https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor

Sociedad Española del Dolor. (2023). Guía de instrumentos para la evaluación del dolor en adultos. <https://www.sedolor.es/download/guia-de-instrumentos-para-la-evaluacion-del-dolor-en-adultos/>

Vicente, M., Herrero, M., Bandrés, M., Ramírez, A., Iñiguez de la Torre, M., & Capdevila, M. (2021). Escalas de valoración del dolor: revisión de literatura. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/7dedf74f-6434-4dc0-b25e-cf72208575ec/full>

Cobos-López, G. (2020). Úlceras por presión. Revisión bibliográfica. Revista Científica Sanum, 4(3), 48–59. Recuperado de https://revistacientificasanum.com/wp-content/uploads/Vol4n3/Vol4n3-Articulos-PDF/sanum_v4_n3_a6.pdf

Romero Palomar, M., Ortiz Gutiérrez, R. del C., & Quintana Pérez, L. (2016). Las úlceras por presión: escalas de valoración del riesgo de desarrollarlas. Revista Médica Portales Médicos. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/las-ulceras-por-presion-escalas-de-valoracion-del-riesgo-de-desarrollarlas/>

Amador Lahoz, M. M. (2020). Úlceras por presión en pacientes críticos. Escalas recomendadas para la valoración del riesgo: Revisión bibliográfica [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de A Coruña]. Repositorio UDC. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/27233/AmadorLahoz_MarielaMercedes_TFG_2020.pdf

García-Fernández, F. P., Pancorbo-Hidalgo, P. L., & Agreda, J. J. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos, 19(3), 141–149. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2008000300005&script=sci_arttext

Albornos-Muñoz, L. (2018). Guía de buenas prácticas: Prevención de caídas y lesiones derivadas. Revista Ene de Enfermería, 12(1). <https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/797>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2024). Manual para la prevención y atención de caídas en personas adultas mayores. <https://www.gob.mx/inapam/documentos/manual-para-la-prevencion-y-atencion-de-caidas-en-personas-adultas-mayores>

Secretaría de Salud. (2016). Modelo para la prevención de lesiones por caídas en personas adultas mayores. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/207103/ModeloCaidas2.pdf>

Rodríguez, C. M. Á., & Colaboradores. (2021). Clasificaciones y técnicas para evaluar lesiones del pie diabético. Plast Restaur Neurol, 8(2), 102–109. <https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2021/prn212h.pdf>

Durán Sáenz, I., Cegri Lombardo, F., Homs Romero, È., Esparza Imas, G., De Miguel Lekue, B., & Arvelo Rosales, N. (2023). Valoración y prevención del pie diabético. Heridas en Red. <https://heridasenred.com/wp-content/uploads/2023/10/23-10-heridasenred-valoracion-y-prevencion-pie-diabetico.pdf>