



Super Nota

Nombre del Alumno:
Yeni Laura Rojas Valdiviezo

Nombre del tema:
Escalas

Parcial: 1

Nombre de la Materia:
Práctica clínica de enfermería

Nombre del profesor:
Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura:
Enfermería

6to Cuatrimestre “A”

Pichucalco, Chiapas a; 21 de mayo del 2025

ESCALAS



ULCERAS POR PRESIÓN

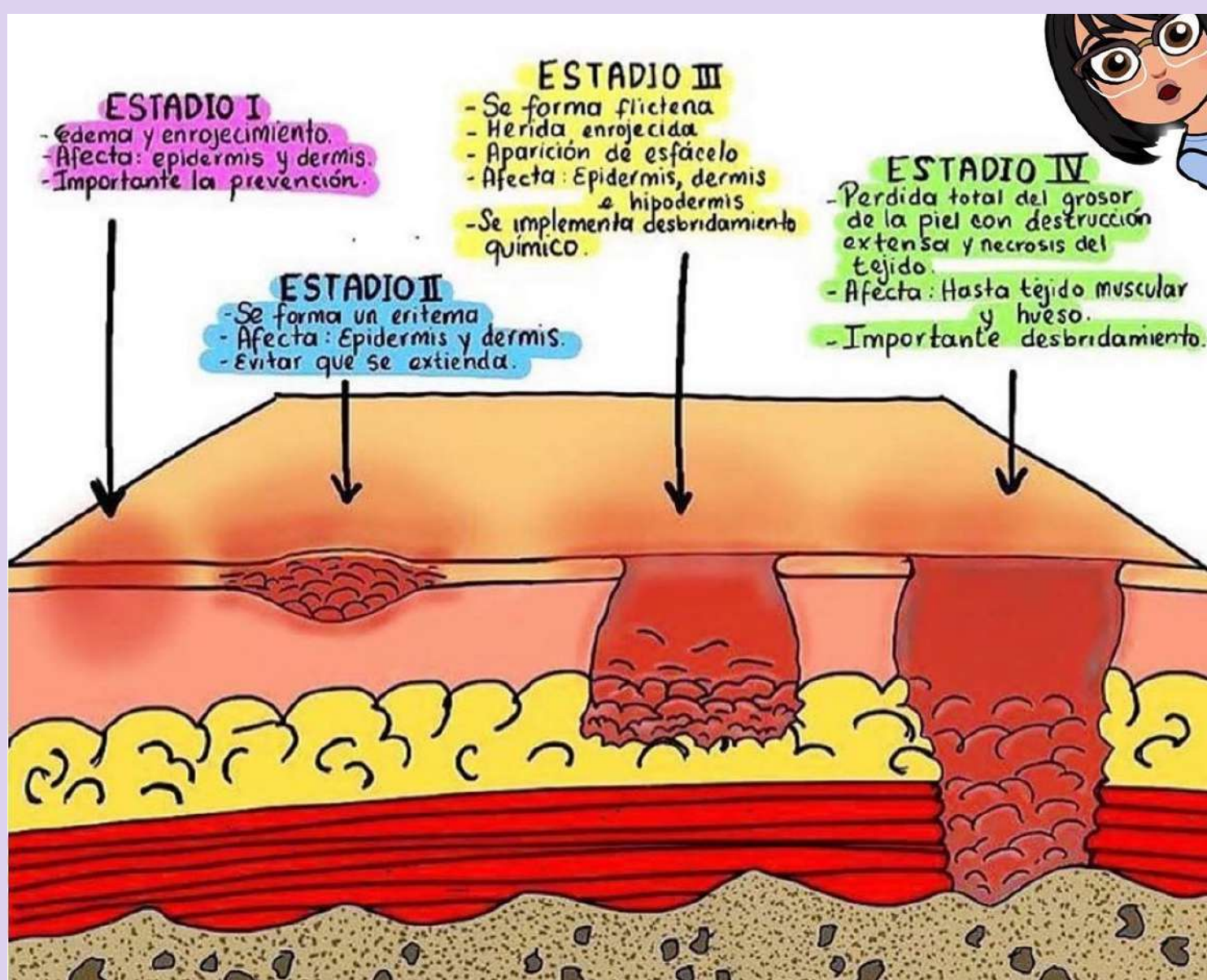


Las úlceras por presión, también conocidas como escaras, son lesiones que se desarrollan en la piel debido a la presión prolongada sobre un área específica del cuerpo. Esta presión reduce el flujo sanguíneo a la zona afectada, lo que puede causar daño y muerte del tejido.

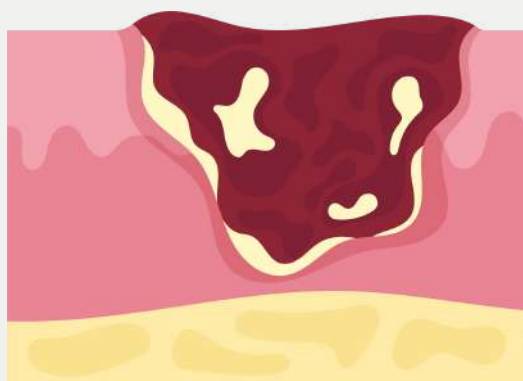


¿Cómo se forman las úlceras por presión?

La presión constante sobre la piel, especialmente en áreas donde los huesos están cerca de la superficie, como los talones, las caderas y los tobillos, puede causar las úlceras por presión. Cuando se bloquea el flujo sanguíneo a un área, los tejidos comienzan a morir, formando una úlcera abierta.



Las escalas para úlceras por presión (UPP) son herramientas de cribado utilizadas para identificar a pacientes con mayor riesgo de desarrollar UPP. Estas escalas evalúan diferentes factores que contribuyen a la formación de UPP, como la percepción sensorial, humedad, movilidad, actividad, nutrición, fricción y cizallamiento.



OBJETIVO: Las escalas proporcionan una evaluación objetiva del riesgo, lo que ayuda a tomar decisiones más informadas sobre la prevención de UPP

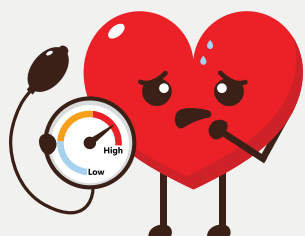


Evalúan factores que aumentan la probabilidad de desarrollar UPP, como la presión prolongada sobre los tejidos, la falta de movilidad, la humedad, la nutrición deficiente y otros factores.



Mejora de la calidad de los cuidados

La identificación temprana del riesgo permite implementar medidas preventivas más efectivas, mejorando la calidad de los cuidados al paciente.



Las escalas más utilizadas para valorar el riesgo de úlceras por presión son: **la escala de Braden, la escala de Norton y la escala EMINA**. Estas escalas ayudan a identificar a los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión y a tomar decisiones sobre la prevención y el tratamiento.



1. ESCALA DE BRADEN:

Evalúa seis factores:

- 1.-Percepción sensorial,
- 2.-Humedad,
- 3.-Actividad,
- 4.- movilidad,
- 5.-Nutrición
- 6.Fricción/cizallamiento.

Escala de Braden						P U N T O S
Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas	
Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema	1
Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente adecuada	Problema potencial	2
Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente	3
Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente		4

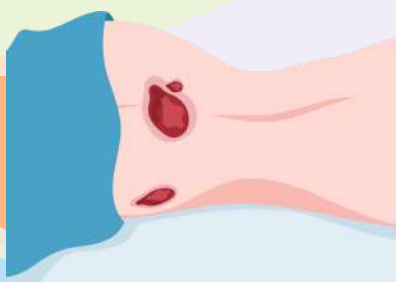


Cada factor se puntúa de 1 a 4 (o 1 a 3 para fricción/cizallamiento), y la puntuación total indica el riesgo.

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

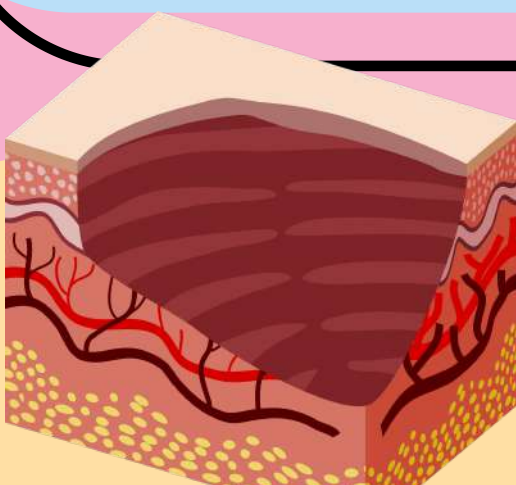


Es una de las escalas más utilizadas y validadas para la predicción de UPP en pacientes adultos.



Obteniendo unos resultados:

- Sin Riesgo: Índice >19
- Riesgo Bajo: 15 puntos o más.
- Riesgo Moderado o Intermedio: 13 o 14 puntos.
- Riesgo Alto o Elevado: menos de 12 puntos.



2. Escala de Norton:

CHECKLIST

-Evalúa cuatro factores: estado físico, estado mental, nivel de actividad (desde encamado, hasta ambulante), movilidad e incontinencia.



-A cada estado o nivel le corresponde una puntuación que va del 1 al 4. Luego, solo es cuestión de sumar. Cuanto más baja sea la puntuación, mayor será el riesgo de sufrir lesiones en la piel derivadas de la presión corporal.



CHECKLIST

-Aunque es una escala más antigua, sigue siendo utilizada y puede ser útil en algunas situaciones.



Resultados:

- NO RIESGO: Mayor de 16 puntos.
- RIESGO BAJO: 13 a 16 puntos.
- RIESGO MEDIO: 10 a 12 puntos.
- RIESGO ALTO: 5 a 9 puntos.

	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 14 puntos 5 puntos NO RIESGO RIESGO BAJO RIESGO MEDIO RIESGO ALTO				

3.-ESCALA DE EMINA:

Evalúa el riesgo de UPP en pacientes de centros de salud mental, considerando factores como el estado mental, la movilidad, la incontinencia, la nutrición y la actividad.



Tabla 1. Puntos de corte de las escalas EMINA y de Braden

Riesgo	Puntuación total de la escala (suma de las puntuaciones de los ítems)	
	EMINA	Braden
Sin riesgo	0	17 a 23
Riesgo bajo	1-3	15 a 16
Riesgo moderado	4-7	13-14
Riesgo alto	8-15	≤12

4.- ESCALA DE BRADEN:

Analiza 7 factores de riesgo:

- 1.Relación talla / peso.
- 2.Aspectos de la piel en área de riesgo.
- 3.Sexo / edad.
- 4.Continencia: Completa/ con sonda vesical, incontinencia ocasional, con sonda vesical/ incontinencia de heces, e incontinencia doble (urinaria y fecal).
- 5.Movilidad.
- 6.Apetito.
- 7.Riesgos especiales.



	ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4	Bueno	Alerta	Caminando	Total	Ninguna
3	Débil	Apático	Con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Malo	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria
1	Muy Malo	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Doble Incontinencia

La puntuación máxima es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.

- 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.**



5.- ESCALA CUBBIN - JACKSON

Se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos. Actualmente no existe factor de fiabilidad, pero está validada.



Analiza 10 factores de riesgo:

- Edad.< 40 años, 40 –55 años, 55 –70años, > 70años. -
- Peso
- Estado de la pie
- Estado mental.
- Movilidad.
- Estado hemodinámico.
- Respiración.
- Nutrición.
- Incontinencia e higiene.



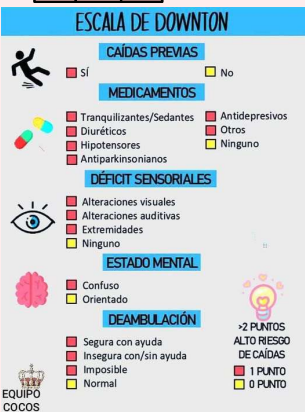
Cada uno de estos parámetros lleva una puntuación del 1 (mayor riesgo) al 4 (menor riesgo). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar. Rango de riesgo a partir de 24 puntos.

RIESGO DE CAÍDA



La escala de riesgo de caídas es una herramienta utilizada en medicina para evaluar la probabilidad de que una persona, especialmente pacientes hospitalizados o mayores, sufra una caída. Estas escalas ayudan a identificar los factores de riesgo y a implementar medidas preventivas. Algunas escalas comunes son la Escala de Downton, la Escala Morse y la Escala Hendrich II.

TIPOS DE ESCALAS

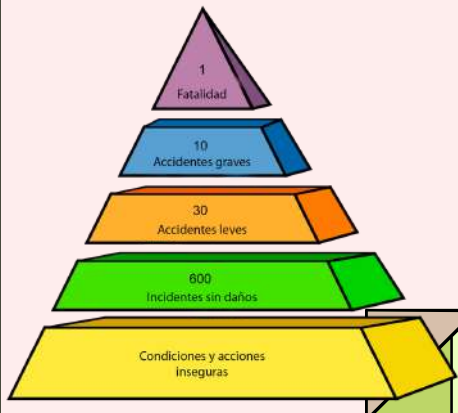
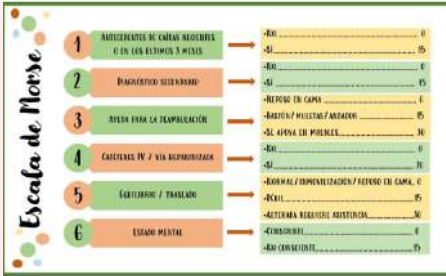


Escala de Downton

Esta escala evalúa factores como caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos.

Escala Morse

Considera factores como la historia de caídas, la presencia de una segunda causa de caída, la velocidad de reacción del paciente y el estado mental.



Escala Hendrich II

Evalúa la historia de caídas, la presencia de medicamentos sedantes, la velocidad de reacción del paciente y el estado mental.

¿Cuáles son las principales causas de las caídas?

Son varios los factores que pueden aumentar el riesgo de caída. Habla con tu médico para descubrir si alguno de los siguientes factores aplica a tu situación:

- Cambios en la visión, la audición o los reflejos.
- Problemas médicos que pueden afectar el equilibrio, como diabetes, enfermedades cardíacas o problemas en la tiroides, los nervios, los pies o los vasos sanguíneos.
- Medicamentos que te hagan sentir mareos o somnolencia.
- Debilidad por disminución de la masa muscular.
- Presión sanguínea que disminuye demasiado cuando te levantas luego de estar acostado o sentado.
- Problemas relacionados con dolor en los pies.

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS



Verde

RIESGO BAJO



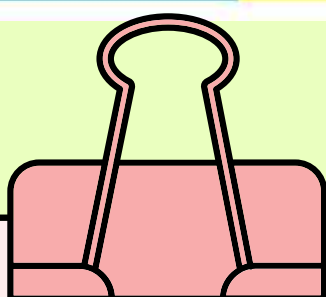
Amarillo

RIESGO MEDIO



Rojo

RIESGO ALTO



¿Cómo puedes reducir el riesgo de caídas?

- Mantente físicamente activo
- Hazte pruebas de visión y audición
- Conoce los efectos secundarios de tus medicamentos
- Duerme lo suficiente
- Ponte de pie lentamente
- Usa algún dispositivo de soporte que te ayude a sentirte firme

Asegúrate de contarle al médico si alguna vez te caíste, aunque la caída no haya causado ninguna lesión.

ESCALA DE CRICHTON

Valoración del riesgo	Puntuación
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Problemas sin factores de riesgo evidentes	1
TOTAL	10

Riesgo de caída

ALTO: 4 a 10 puntos	MEDIO: 2 a 3 puntos	BAJO: 0 a 1 puntos
---------------------	---------------------	--------------------

RIESGO DE CAÍDAS

CRITERIOS	CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Limitación física	2	Presenta cualquier factor de riesgo señalado como limitante
Estado mental alterado	3	Presenta factores de riesgo para estado mental alterado
Tratamiento farmacológico	2	Requiere o inicia tratamiento con uno o más medicamentos de riesgo señalados
Problema de idioma o socioculturales	2	Habla otro idioma, dialecto o presenta problemas de comunicación
Sin factor de riesgo	1	No presenta ninguno de los factores de riesgo anteriores, pero esta hospitalizado

ESCALA	PUNTOS	COLOR
Alto riesgo	4 -10	Rojo
Mediano riesgo	1 -3	Amarillo
Bjo riesgo	1	Verde



MISP 6 REDUCIR RIESGO DE CAÍDAS

OBJETIVO Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.



En todos los pacientes que ingresen evalúe la MISp 6 tomando en cuenta la siguiente escala

Escala de valoración de caídas utilizada a nivel institucional IMSS.

Factores de riesgo	Puntos
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socioculturales	2
Paciente sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

DETERMINACIÓN DEL GRADO DE RIESGO DE CAÍDAS

Nivel	Puntos	Código
Alto riesgo	4 - 10	Rojos
Mediano riesgo	2 - 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 - 1	Verde



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

!?

ESCALAS DEL DOLOR

Las escalas de dolor son herramientas que permiten medir y evaluar la intensidad del dolor que una persona experimenta. Estas escalas ayudan a los médicos y a los pacientes a comprender y comunicar la magnitud del dolor, lo que puede facilitar la planificación del tratamiento y la evaluación de su eficacia.



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA



- **Escala Visual Analógica (EVA):**
- Se utiliza una línea recta con extremos que representan la ausencia de dolor (0) y el dolor más intenso imaginable (10). El paciente marca un punto en la línea que corresponda con la intensidad que percibe.

Escalas del dolor



Escala Numérica (NRS):

- El paciente selecciona un número del 0 al 10, donde 0 significa ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso que ha sentido.

Escala de Clasificación Verbal (VRS):

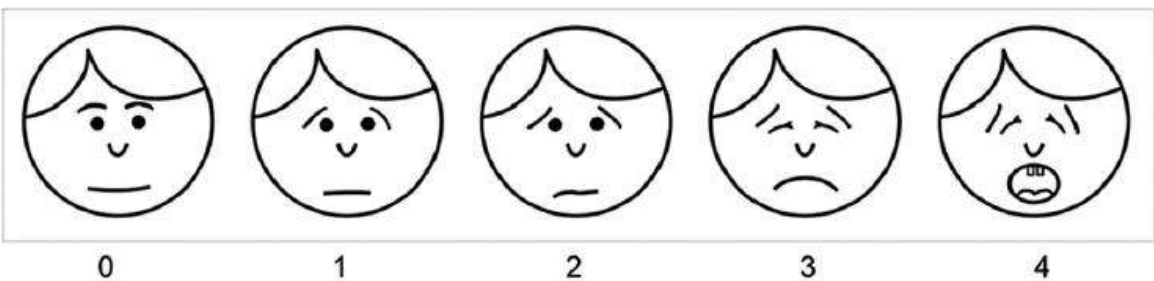
Se utilizan palabras para describir la intensidad del dolor, como "ningún dolor", "leve", "moderado", "fuerte" o "extremo".



Escala Facial (Escala de Wong-Baker):

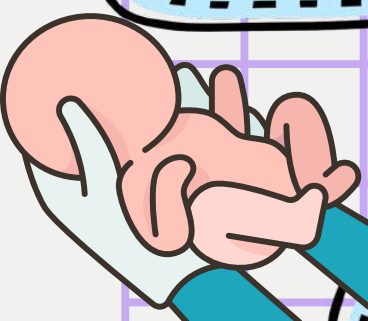
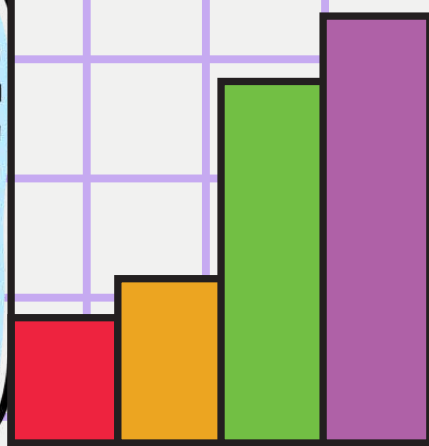
Se utilizan dibujos de caras con expresiones que van desde la alegría hasta el llanto para que el paciente elija la que mejor represente su dolor, especialmente útil para niños.

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



Escala CRIES (para neonatos):

Evalúa el llanto, la necesidad de oxígeno, la frecuencia cardíaca, la expresión facial y el sueño en bebés, con el fin de identificar la presencia y la intensidad del dolor.



Escala analgésica de la OMS:

Guía la selección y titulación de analgésicos en pacientes con dolor oncológico, ayudando a encontrar la dosis óptima para el alivio del dolor.



Evalúa:

-La respuesta al tratamiento:

Permiten medir la eficacia de los analgésicos y otros tratamientos para el dolor.



Facilitan la planificación del tratamiento más adecuado para cada paciente.

Valoración conductual del dolor en niños

Escala de CHEOPS: dolor postoperatorio infantil.

Escala FLACC: niños de hasta 4 años o mayores que no colaboran.

CRIES Score: postoperatorio en neonatos.

PIPP (Premature Infant Pain Profile): niños prematuros.

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale): niños neonatos.

NFCS (Neonatal Facial Coding Scale).



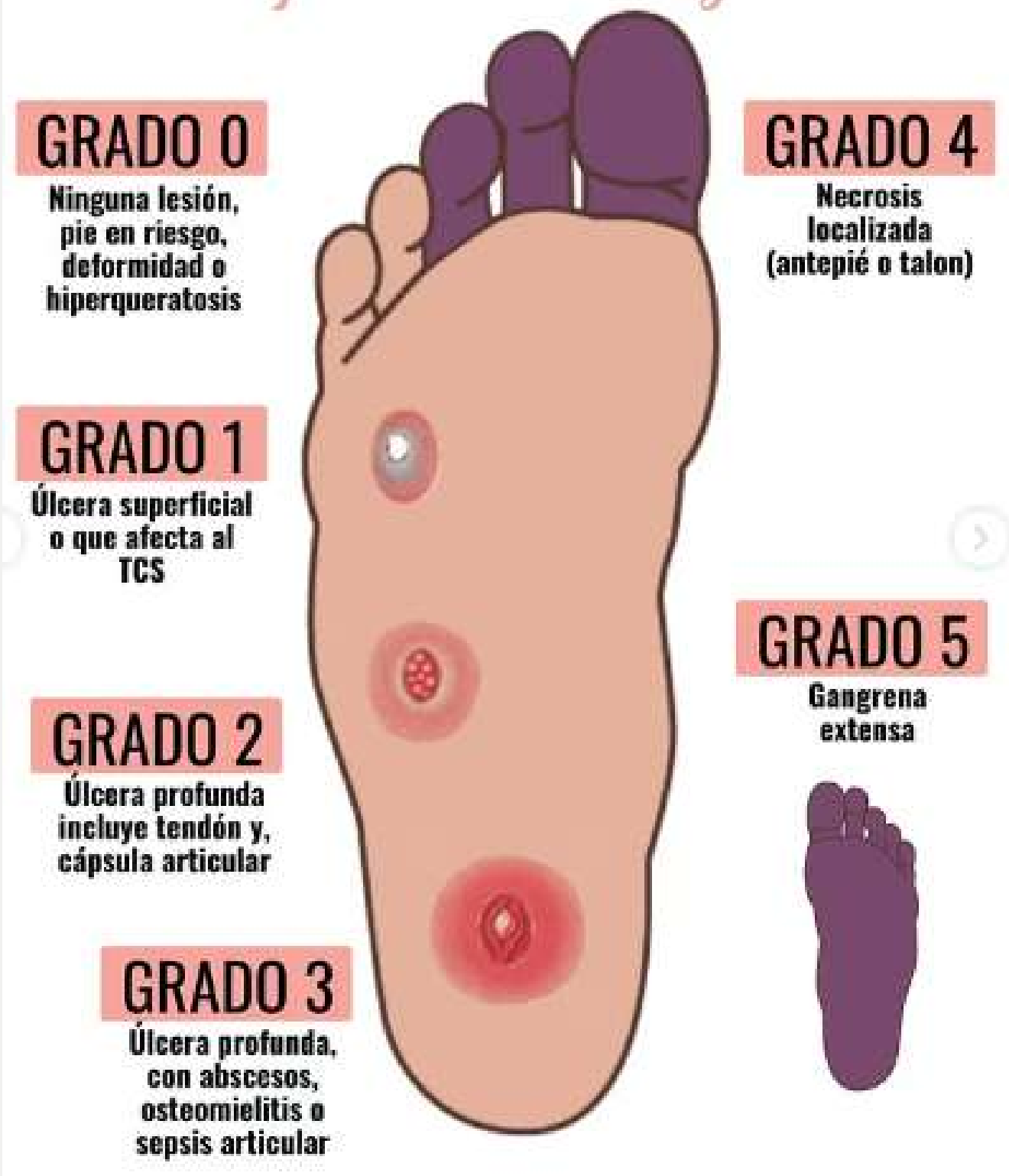
ESCALA PARA VALORACIÓN DEL PIE DIABETICO



- Las escalas de valoración del pie diabético son herramientas para clasificar la gravedad de las lesiones y evaluar el riesgo de amputación. Las más comunes son la escala de Wagner-Merrit, la escala de la Universidad de Texas, la clasiifcación del SINBAD y el sistema de clasificación PEDIS.



ESCALA DE WAGNER



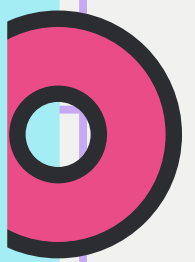
Clasificación Escala de Wagner-Merrit (1981)

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 PEDIS:

- **Nivel 1:** No hay infección.
- **Nivel 2:** Infección leve con síntomas como eritema, pus y dolor local.
- **Nivel 3:** Infección moderada con síntomas más graves y posible afectación de tendones.
- **Nivel 4:** Infección grave con osteomielitis, toxicidad sistémica o alteraciones metabólicas.



PEDIS	CARACTERÍSTICAS	GRAVEDAD
1	• Sin signos y síntomas de infección. • Úlcera sin secreción.	<u>NO HAY</u>
2	• Presenta al menos 2 signos de inflamación. • Celulitis con area de extensión < 2 cm. • Úlcera limitada a piel superficial o tejido subcutáneo.	<u>LEVE</u>
3	Infección > 2cm + PEDIS 2 + 1 de las siguientes: (Celulitis > 2cm, Linfangitis, Absceo en tejidos profundos, Gangrena, Afección de músculo, tendón, articulación o hueso)	<u>MODERADO</u>
4	• Paciente con infección en estado de shock séptico. • Manifestaciones sistémicas o inestabilidad metabólica.	<u>SEVERO</u>

(CLASIFICACION DE TEXAS)

ESTADIOS	GRADOS			
	0	I	II	III
A	Lesión pre o post - ulcerada completamente epitelizada.	Herida superficial que no involucra tendón, capsula o hueso.	Herida penetrante a tendón o capsula.	Herida penetrante a hueso o articulación.
B	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO
C	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO
D	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO

Clasificación de Brodsky:

Evalúa la profundidad de la úlcera, la presencia de infección y el grado de isquemia o gangrena.

Clasificación de San Elián:

Considera regiones anatómicas, factores agravantes y condiciones de los tejidos para determinar la gravedad de la úlcera.

El sistema SINBAD recoge 6 categorías (localización, isquemia, neuropatía, infección bacteriana, área y profundidad). En cada una de estas categorías existen unos indicadores que determinan una puntuación de 0 ó 1.



Las úlceras de pie diabético se clasifican como puramente neuropáticas, puramente isquémicas o una combinación de ambas, es decir, neuroisquémicas.

¿Cómo Clasificar la Infección de Pie Diabético?

Severidad	1	2	3
	INFECCIÓN LEVE (IDSA ^a)-PEDIS ^b 2	INFECCIÓN MODERADA (IDSA)-PEDIS 3/3osteomielitis	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			



Referencias Bibliográficas

- 1.-Antología UDS: Práctica Clínica de enfermería pág. 37-71.
- 2.-Perry Potter. Habilidades y procedimientos en enfermería. Mc Graw Hill. (2014).
- 3.-Sorrentino Remmer. Fundamentos de enfermería práctica. 4ta edición. MC Graw Hill. (2015).
- 4.-Perrey Potter. Fundamentos de enfermería. Mc Graw Hill, (2014).
- 5.-Guías para enfermería para práctica clínica. Escalas: Ulceras por presión. (<https://urgomedical.es/heridas-tipos/ulceras-por-presion/>).
- 6.-<https://ulceras.net/monografico/95/80/pie-diabetico-clinica.html>
- 7.-Isla Pera, P. (2023). Enfermería clínica avanzada. (2.^a ed.). ELSEVIER.
- 8.-
https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/G3_Clasificaci%C3%B3n-de-la-Universidad-de-Texas?idioma=es
- 9.- Diccionario medico: <https://www.cue.es/diccionario-medico>: Terminologías