Super nota

Nombre del Alumno: fabiola vianey Martinez Reyes

Nombre del tema: Escalas

Parcial: único

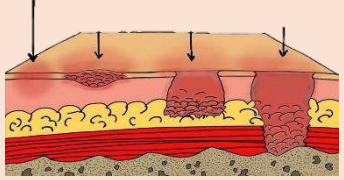
Nombre de la Materia: enfermería clínica de enfermería I

Nombre del profesor: L.E Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: enfermería

Cuatrimestre: 6to

ESCALAS



ESCALAS DE ULCERAS POR PRESION (UPP)

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud que afecta a todos los sistemas sanitarios desarrollados. Existe un amplio grado de consenso en considerar que la prevención constituye el método más eficiente de abordar el problema. La valoración del riesgo es un aspecto clave en la prevención. El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los individuos que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que

1. "Escala de Braden"

Escala de Braden

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

- Índice < 12 → Riesgo alto
- Índice 13-15 → Riesgo medio
- Índice 16-18 → Riesgo bajo
- Índice > 19 → Sin riesgo

CONCEPTO: Esta escala fue desarrollada en EE. UU. por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de la escala.

La Escala de Braden consta de seis subescalas:

- Percepción sensorial.
- Exposición de la piel a la humedad.
- Actividad física.
- Movilidad.
- Nutrición.
- Roce y peligro de lesiones (Fricción y cizallamiento).

Con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Que en la infografía se ha intentado simplificar a través de representaciones gráficas

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma

2. “Escala de Norton”

CONCEPTO: Esta escala ayuda a los profesionales de la salud a detectar de manera temprana a los pacientes que necesitan medidas de protección especiales porque tiene múltiples factores de riesgo para la aparición de lesiones por presión.

La escala de Norton valora cinco aspectos del estado de salud:

- Estado mental: si la persona está alerta, confundida o inconsciente
- Actividad física: si la persona es capaz de caminar, se sienta o en postración
- Movilidad: si la persona puede moverse por sí misma o requiere asistencia
- Incontinencia: si la persona controla el paso de orina o heces
- Estado nutricional: si la persona presenta desnutrición o come adecuadamente

Cada uno de estos aspectos se califica con un puntaje y se obtiene una clasificación de riesgo: mientras más bajo sea el puntaje, mayor el riesgo de que la persona

La escala de Norton no sólo ayuda a identificar riesgos, sino que también sirve como base para diseñar estrategias específicas de prevención de escaras o lesiones por presión. Consecuentemente, el uso adecuado de la Escala de Norton forma parte de los protocolos de enfermería orientados a proteger la piel y la salud general de los pacientes. Estos protocolos se aplican según situaciones clínicas específicas.

ESCALA DE NORTON 18

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión.

PARÁMETROS	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
ESTADO FÍSICO GENERAL	Muy malo	Regular	Mediano	Bueno
ESTADO MENTAL	Estuporoso, Comatoso	Confuso	Apático	Alerta
ACTIVIDAD	Inmóvil	Muy limitada	Disminuida	Ambulante
MOVILIDAD	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Total
INCONTINENCIA	Urinaria y fecal	Urinaria o fecal	Ocasional	Ninguna

+ de 14 puntos: | 12 - 14 puntos: | 5 - 11 puntos:

3. "Escala de Waterlow"

ESCALA WATERLOW

Relación talla/peso	Aspecto de la piel	Continencia	Movilidad	Sexo/edad	Apetito	Factores especiales
0. Promedio normal	0. Normal	0. Completa	0. Total	1. Varón	0. Normal	8. Mala nutrición, caquexia
2. Por encima de la media	1. Gerodérmica	1. Ocasional	1. Restringida	2. Mujer	1. Poco	5. Deprivación sensorial
3. Por debajo de lo normal	1. Seca	Catéter/o incontinencia heces	2. Lenta, escasa y difícil	1. 14-49 años	2. Anorexia	3. Antiinflamatorios o esteroides
	1. Edematosa	3. Doble incontinencia	3. Muy poca, con ayuda	2. 50-65 años		1. Muy fumador
	1. Fría y húmeda		4. Nula	3. 65-75 años		3. Fractura reciente, cirugía
	2. Alterada en color			4. 75-80 años		
	3. Lesionada			5. Más de 81 años		

Fuente: Waterlow J. A risk assessment card. Nursing Times 1985; 81 (49): 51-55.
Puntos de corte: puntuación ≥ 10 riesgo.
Definición de términos: no tiene definición operativa de términos.

CONCEPTO: Esta escala fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la Escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras (30).

Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y la patogénesis de las UPP, Waterlow presentó una escala con seis subescalas

- (relación talla/peso
- continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito)
- cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación).

La importancia de la Escala de Waterlow en la prevención de úlceras por presión radica en su capacidad para identificar a los pacientes en riesgo y permitir la implementación de medidas preventivas efectivas. Aquí se destacan algunos aspectos clave de su importancia:

- Identificación Temprana del Riesgo:

La Escala de Waterlow permite una evaluación sistemática y completa de los factores de riesgo que pueden predisponer a un paciente a desarrollar úlceras por presión.

4. "Escala de Emina"

CONCEPTO: Es una escala elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud para el seguimiento de las UPP. Contempla cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor se le ha dado nombre a la escala (EMINA).

Al igual que la Escala de Braden tiene una buena definición operativa de términos, lo que hace que disminuya la variabilidad entre Inter observadores. Las autoras definen su punto de corte en cuatro, aunque otras investigaciones sugieren que, para hospitales de media estancia, el punto de corte debería ser de cinco.

ESCALA EMINA

Puntos	Estado mental	Humedad R/C. Incontinencia	Movilidad	Nutrición	Actividad
0	Orientado	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Urinaria o fecal ocasional	Limitación ligera	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal habitual	Limitación importante	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta > 72 h	No deambula

5. "Escala de Cubbin-Jackson

Edad	Peso	Estado de la piel	Estado mental	Movilidad
4. < 40	4. Peso en la media	4. Intacta	4. Despierto y alerta	4. Deambulación completa
3. 40-65	3. Obesidad	3. Piel enrojecida	3. Agitación/confusión/ inquietud	3. Camina con alguna ayuda
2. 55-70	2. Caquéctico	2. Piel excoriada	2. Apático/sedado pero responde	2. Muy limitada/sentado en sillón
1. > 70	1. Cualquiera de los anteriores más edema	1. Necrosis/exudado	1. Coma/no responde a estímulos/incapaz de movimientos	1. Encamado/inmóvil

Estado hemodinámico	Respiración	Nutrición	Incontinencia	Higiene
4. Estable sin soporte inotrópico	4. Espontánea	4. Dieta completa + líquidos	4. No/en anuria/ con sonda vesical	4. Capaz de mantener su higiene
3. Estable con soporte inotrópico	3. Ventilación no invasiva (CPAP)/ tubo en T	3. Dieta parcial/ líquidos orales/ nutrición enteral	3. Urinaria	3. Capaz de manter su higiene con alguna ayuda
2. Inestable con soporte inotrópico	2. Ventilación mecánica	2. Nutrición parenteral	2. Fecal	2. Necesita mucha ayuda
1. Crítico con soporte inotrópico	1. Sin respiración en reposo	1. Sueroterapia IV solamente	1. Urinaria + fecal	1. Dependencia total

CONCEPTO: Se trata de una EVRUPP desarrollada de forma específica para pacientes críticos.

Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar.

- Evalúa diez factores de riesgo

Cada rubro tiene una escala de 4 puntos, por lo que la puntuación máxima es 40. La puntuación que se considera en "riesgo" empieza por la suma de 24 puntos.

ESCALAS POR RIESGO DE CAÍDA

Según la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) las caídas suponen un problema para la salud por sus consecuencias. Siendo los mayores de 60 años los que sufren más caídas mortales. Se calcula que, en el mundo, fallecen más de 600 mil personas al año debido a caídas y la mayoría se dan en países con ingresos medios y bajos, siendo la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios. Y, además, se calcula que cada año se producen 37 millones de caídas que requieren atención médica.

1. "Escala de Morse"

CONCEPTO: La Escala de Morse es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Este artículo proporciona una revisión detallada de la Escala de Morse, incluyendo su desarrollo, metodología, aplicabilidad y eficacia en la prevención de caídas.

La escala MORSE se compone de 6 ítems: antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses (máximo 25 puntos), diagnósticos secundarios (máximo 15 puntos), ayudas para la deambulación (máximo 30 puntos), vía endovenosa (máximo 20 puntos), equilibrio/traslado (máximo 20 puntos), y el estado mental/conciencia (máximo 15 puntos).

- El nivel de riesgo de caídas se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 6 ítems.

Si la puntuación final es inferior a 25 se considera que no existe riesgo de caídas; si la puntuación final se sitúa entre 25 y 50 puntos se establece que el paciente presenta un riesgo bajo de caídas; y la puntuación total es superior a 50 puntos se considera que existe un riesgo alto de caídas.

ITEM	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes en los últimos 3 meses	No	0
	Si	25
2. Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la deambulación	Marcha normal (No necesita ayudas)	0
	Uso de muletas, bastones, caminadores	15
	Se apoya en los muebles	30
Catéteres IV con venoclisis, sondas, drenes y otros aditamentos	No	0
	Si	20
5. Equilibrio al traslado	Marcha Normal, reposo en cama, inmóvil	0
	Débil	10
	Marcha Alterada	20
6. Estado Mental	Orientado según las posibilidades	0
	Sobreestima u olvida sus capacidades /limitaciones	15
	Puntuación Total	

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE	ACCIÓN
Sin riesgo	0 - 24	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo bajo	25 - 50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo alto	> 51	Implementar medidas especiales

2. “Escala de Downton”

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS	ALTO RIESGO > 2	
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

CONCEPTO: La Escala Downton o escala de riesgo de caídas es un sistema de evaluación de los pacientes para determinar cuánto de probable es que un paciente sufra una caída. La escala Downton se utiliza para evaluar el riesgo que tienen las personas mayores de sufrir una caída. La finalidad de esta evaluación es prevenir caídas que pueden tener graves consecuencias (lesiones, roturas o complicaciones más graves).

La escala de Downton evalúa distintas variables realizando una serie de preguntas al paciente. Consta de cinco dimensiones (caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos) y por cada factor de riesgo de caída se sumará un punto.

El resultado final de esta evaluación nos dará un valor entre el 0 y el 14. Si la puntuación obtenida según la escala de Downton es superior a 3 se considera que existe riesgo de caídas. En caso de que exista riesgo de caídas (puntuación >3) se recomienda realizar una evaluación más exhaustiva de las circunstancias personales del paciente, para elaborar un plan de cuidados teniendo en cuenta medidas de prevención de caídas.

Si la puntuación es igual o inferior a 2 se considera que el paciente no necesitará ningún cuidado especifico relacionado con el riesgo de caídas.

3. “Escala de Hendrich ll”

CONCEPTO: La Escala de Hendrich II, desarrollada por Ann Hendrich, es una herramienta diseñada para identificar a los pacientes con alto riesgo de caídas, permitiendo la implementación de estrategias preventivas específicas.

Puntuación total

La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada componente. Un puntaje más alto en la Escala de Hendrich II indica un mayor riesgo de caídas.

Las categorías de riesgo se pueden definir de la siguiente manera:

- **Bajo riesgo:** 0-20 puntos.
- **Riesgo moderado:** 25-45 puntos.
- **Alto riesgo:** 50 o más puntos.

4. “Escala de Tinetti”

Concepto: La Escala de Tinetti es una herramienta clínica utilizada para evaluar el equilibrio y la marcha, especialmente en personas mayores, con el fin de identificar el riesgo de caídas, se divide en dos partes, la valoración del equilibrio por un lado y la de la marcha por otro. Para ello vamos solicitando al paciente distintos movimientos y actividades que iremos puntuando de 0 a 2, según el apartado, siendo la puntuación máxima en el equilibrio 16 puntos y en la marcha 12 puntos.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS HEINDRICH II Alto riesgo: Mayor a 5 puntos	
Confusión, Desorientación, Impulsividad	4
Depresión sintomática	2
Alteración en la evacuación/diuresis	1
Mareos, Vértigo	1
Género masculino	1
Administración de cualquier antiepiléptico	2
Administración de cualquier benzodiazepina	1

- Marcha: forma de como el paciente camina
- Equilibrio: capacidad de permanecer en posición vertical

La escala ha demostrado una herramienta valiosa y confiable para evaluación de la movilidad.

- Administración: se le pregunta al paciente si tiene miedo de caerse
- Valor predictivo: respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta el 87% en ancianos frágiles
- Tiempo de cumplimiento: de 8 a 10 minutos.

ESCALA DE TINETTI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

MARCHA

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".

1.Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).	PUNTOS
Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
No vacila	1

2.Longitud y altura de peso	PUNTOS
A) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
B) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
Sobrepasa el pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1

3.Simetría del paso	PUNTOS
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1

4.Fluidez del paso	PUNTOS
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1

5.Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	PUNTOS

ESCALA DE TINETTI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

EQUILIBRIO

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1.Equilibrio sentado	PUNTOS
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1

2.Levantarse	PUNTOS
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2

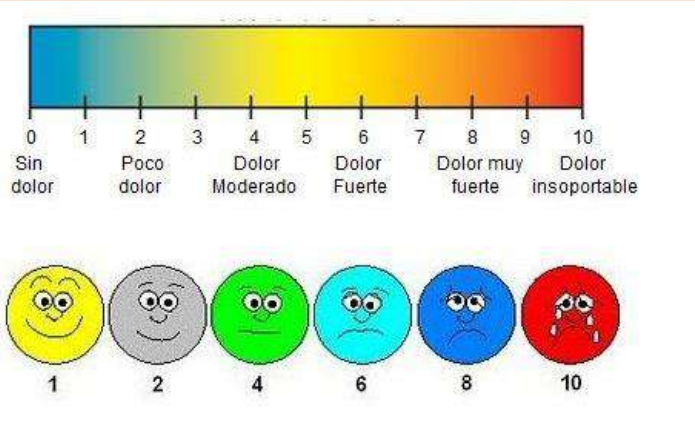
3.Intentos para levantarse	PUNTOS
Incapaz sin ayuda	0
Capaz de levantarse de un solo intento	2

4.Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	PUNTOS
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2

5.Equilibrio en bipedestación	PUNTOS
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2

6.Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	PUNTOS
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra pero se mantiene	1
Estable	2

ESCALAS PARA VALORACIÓN DEL DOLOR

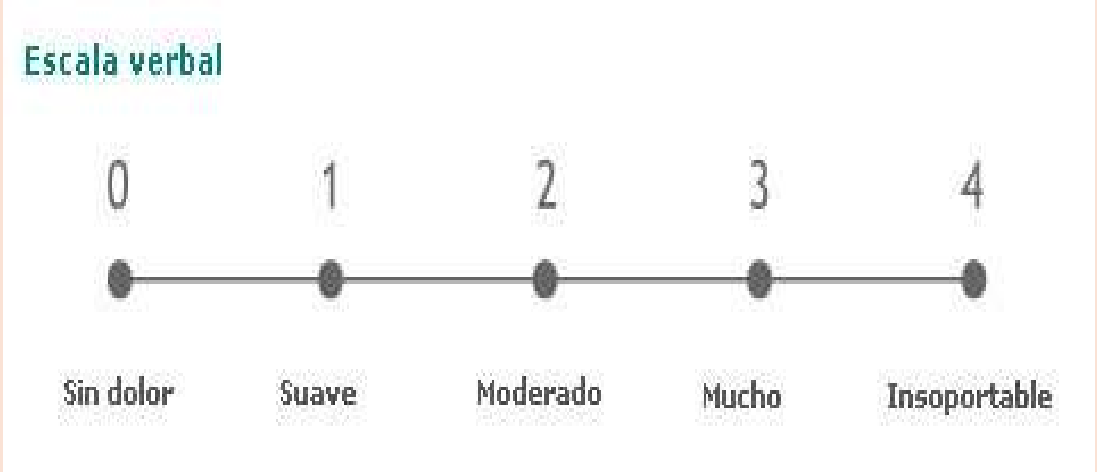


Las escalas de valoración del dolor son herramientas utilizadas para medir la intensidad del dolor, El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. Es una patología prevalente en población general y que adquiere especial relevancia entre la población laboral por sus implicaciones socioeconómicas.

1. Escala de puntuación verbal (EPV)

CONCEPTO: La escala verbal, es conocida como descriptiva simple, fue descrita por Keele en 1948, (utiliza varios adjetivos o descriptores) aunque admite variantes. Son escalas tipo Likert, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor.

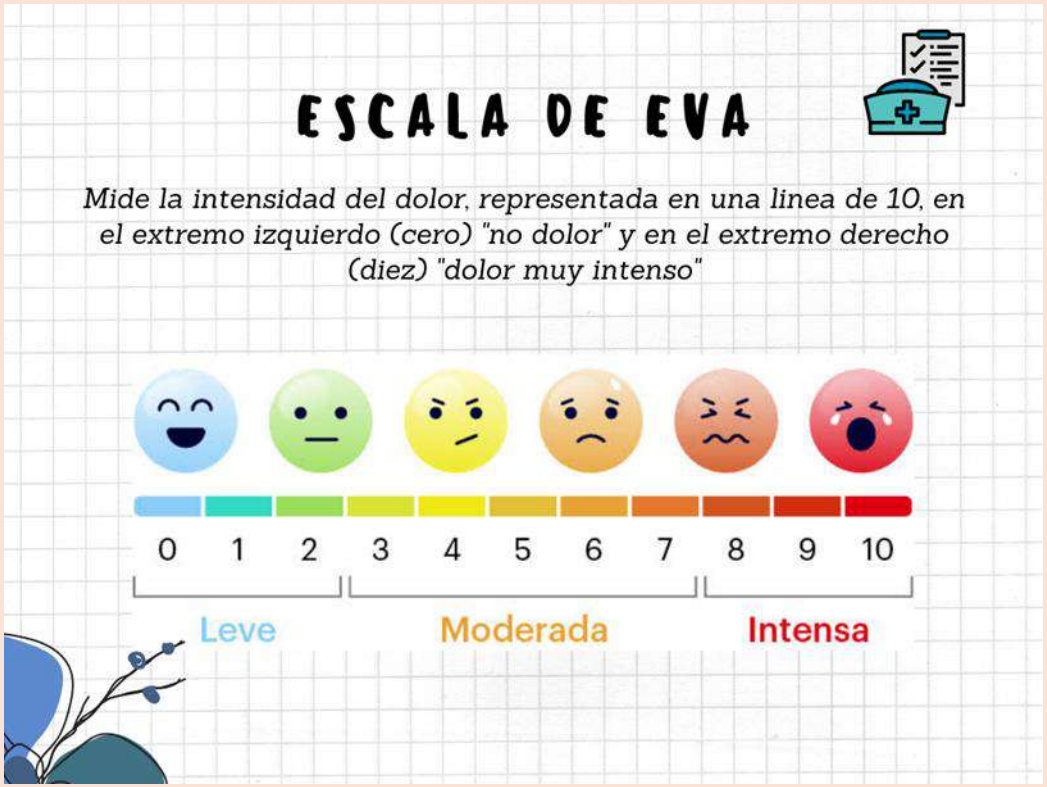
- Habitualmente, se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4…) para cuantificarlo y registrarlo.



Escala Verbal

Sub Test	Ítems	PB Máximo
Información	29 preguntas	29
Comprensión	14 preguntas	28
Aritmética	14 preguntas	18
Semejanzas	13 preguntas	26
Dígitos	9 y 8 series	17
Vocabulario	40 preguntas	80

2. Escala Visual Analógica (EVA)



El paciente marca en la línea el punto que mejor representa su nivel de dolor en ese momento. La medición se realiza midiendo la distancia desde el extremo «sin dolor» hasta el punto marcado por el paciente, lo que proporciona un valor numérico que indica la intensidad del dolor.

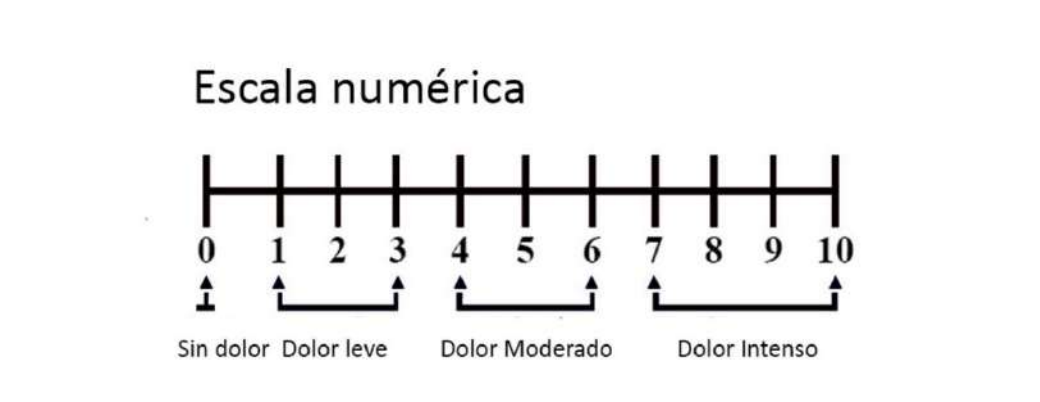
CONCEPTO: La Escala Visual Analógica (EVA) es una herramienta comúnmente utilizada para medir la intensidad del dolor. Consiste en una línea recta de 10 cm de longitud, con un extremo etiquetado como «sin dolor» y el otro extremo etiquetado como «dolor máximo imaginable».

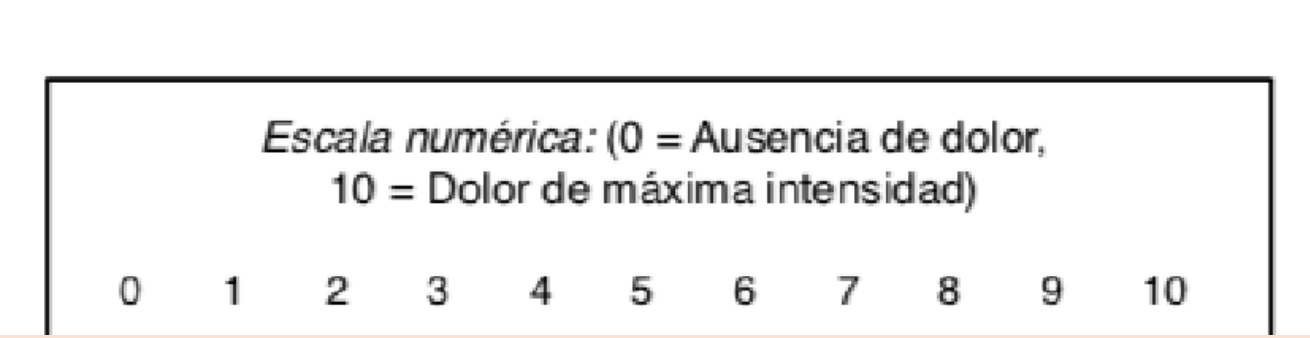
La EVA es una escala simple y fácil de usar que permite una medición rápida y cuantitativa del dolor. Es especialmente útil en entornos clínicos donde se requiere una evaluación rápida, como salas de emergencia o consultas médicas.

3. Escala Numérica del Dolor (END)

CONCEPTO: La Escala Numérica del Dolor (END) es otra herramienta ampliamente utilizada para medir la intensidad del dolor. Consiste en una escala de 0 a 10, donde 0 representa «sin dolor» y 10 representa «dolor peor posible». El paciente selecciona un número en la escala que mejor describe su nivel de dolor en ese momento.

La END es fácil de administrar y comprender para pacientes de todas las edades y niveles de educación. Proporciona una medida numérica del dolor que es útil para evaluar la intensidad del dolor y monitorear la respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo.

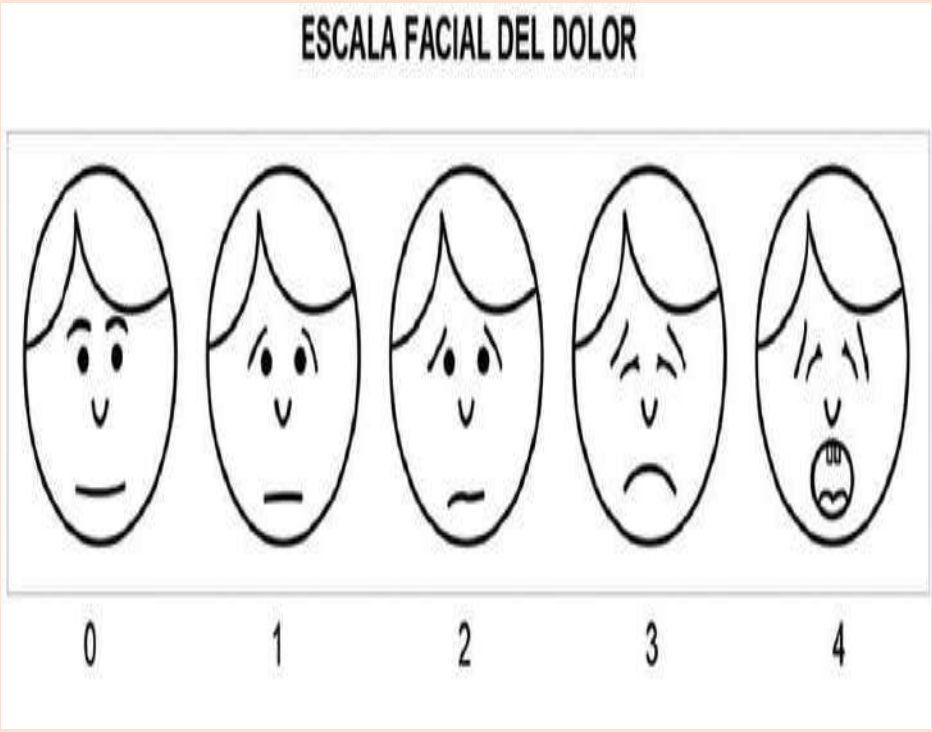




4. Escala de Wong-Baker FACES

CONCEPTO: La Escala de Wong-Baker FACES es una herramienta diseñada para evaluar el dolor en niños y adultos que tienen dificultades para comunicar verbalmente su nivel de dolor. Consiste en una serie de caras que representan diferentes niveles de dolor, que van desde una cara sonriente que representa «sin dolor» hasta una cara llorando que representa «dolor extremo». El paciente selecciona la cara que mejor representa su experiencia de dolor en ese momento.

Esta escala es especialmente útil en entornos pediátricos y con pacientes que tienen dificultades para comunicarse verbalmente, como personas con discapacidades cognitivas o barreras lingüísticas. Proporciona una forma visual y fácil de entender de evaluar el dolor, lo que ayuda a garantizar una evaluación más precisa y centrada en el paciente.



ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO.

El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones

La escala de valoración del pie diabético es una herramienta clínica utilizada por profesionales de la salud para evaluar el estado del pie en personas con diabetes, con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones como las úlceras, infecciones y amputaciones. Estas escalas permiten clasificar el riesgo o la gravedad de las lesiones y ayudan a establecer el tratamiento más adecuado.

Existen varias escalas reconocidas, pero aquí te presento las más comunes:

- **Escala de Wagner**
- **Escala san Elián**
- **Escala de Texas**

1. Escala de Wagner

CONCEPTO: La escala de Wagner es una herramienta ampliamente utilizada en la práctica clínica para clasificar las lesiones del pie diabético. Esta escala clasifica las lesiones en seis grados, desde la ausencia de lesiones hasta casos de gangrena extensa. Los grados son los siguientes:

- Grado 0: No hay lesión, pero el pie presenta riesgo de padecerla.
- Grado 1: Úlcera superficial sin infección.
- Grado 2: Úlcera profunda que puede involucrar estructuras subyacentes.
- Grado 3: Úlcera con infección y/o osteomielitis.
- Grado 4: Gangrena localizada.
- Grado 5: Gangrena extensa que requiere amputación.

ESCALA DE SAN ELIÁN PARA DETERMINAR SEVERIDAD Y CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA EN PIE DIABÉTICO

	1 punto	2 puntos	3 puntos
1. Localización de la herida primaria	☐ Falanges	☐ Metatarsal	☐ Tarsal
2. Localización topográfica	☐ Dorsal o plantar	☐ Lateral o medial	☐ Dos o más
3. Número de zonas afectadas (ver 1)	☐ Una	☐ Dos	☐ Tres
4. Isquemia (0 puntos: Sin isquemia, sin signos ni síntomas, pulsos pedio y/o tibial posterior (TP) palpables, o ITB 0.90-1.2)	☐ Pulsos palpables, levemente disminuidos o ITB 0.89-0.7* o IDB 0.74-0.6**	☐ Pulsos débiles, poco palpables o ITB 0.69-0.5* o IDB 0.59-0.3**	☐ Sin pulsos palpables o ITB <0.5* o IDB <0.3**
5. Infección (0 puntos: sin signos de infección)	☐ Eritema <2 cm, descarga purulenta, caliente, doloroso	☐ Eritema >2 cm, infección en músculo, tendón, articulaciones o hueso	☐ SIRS***, hiperglicemia o hipoglicemia secundaria
6. Edema (0 puntos: sin edema)	☐ Alrededor de la herida	☐ Un pie o una pierna	☐ Bilateral, secundaria a comorbilidades
7. Neuropatía (0 puntos: sin neuropatía)	☐ Sensibilidad protectora disminuida a monofilamento o diapasón de 128 Hz	☐ Sensibilidad protectora ausente a monofilamento o diapasón de 128 Hz	☐ Pie de Charcot o Neurosteoartropatía diabética
8. Área	☐ Pequeña (<10 cm^2)	☐ Mediana (10-40 cm^2)	☐ Grande (>40 cm^2)
9. Profundidad	☐ Superficial (piel)	☐ Tendones, fascia, músculos	☐ Articular, huesos
10. Etapa de Cicatrización	☐ Epitelización	☐ Granulatoria	☐ Inflamatoria

Suma de los puntos

____ + ____ + ____

TOTAL PUNTAJE = ____

≤ 10 puntos ➡ **Leve:** **Bajo riesgo de amputación.**
Manejo en APS - Enfermería(o) Curación Avanzada.

CONCEPTO: es una escala que se utiliza para la valoración del riesgo de úlceras en pacientes diabéticos. Esta escala considera factores como la neuropatía, la circulación y la presencia de deformidades en el pie, proporcionando un enfoque integral para la prevención y el manejo del pie diabético.

Clasificación de la Escala

La escala clasifica las heridas en tres categorías principales según la puntuación total obtenida:

- **Leve (0-10 puntos)**: Bajo riesgo de amputación. Manejo en atención primaria con curación avanzada.
- **Moderado (11-20 puntos)**: Riesgo parcial de amputación menor al 30%. Puede requerir derivación a un nivel secundario para manejo especializado.
- **Severo (21-30 puntos)**: Alto riesgo de amputación, con amenaza a la extremidad y la vida. Requiere derivación inmediata a servicios de urgencia para evaluación quirúrgica.

3. escala de Texas

CONCEPTO: La escala de Texas es otra herramienta que se utiliza para evaluar el pie diabético, enfocándose en la profundidad de la úlcera y la presencia de infección. Esta escala también ayuda a determinar el tratamiento adecuado y el pronóstico del paciente.

a **escala Texas** fue desarrollada en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio y es un sistema bidimensional que clasifica las úlceras del pie diabético en base a dos criterios principales: **profundidad de la lesión** y **presencia de infección o isquemia**.

1. **Profundidad de la lesión**: Se clasifica en cuatro grados:

- **Grado 0**: Ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo.
- **Grado 1**: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel, pero no tejidos subyacentes.
- **Grado 2**: Úlcera profunda que penetra hasta ligamentos y músculos, pero no compromete el hueso

Clasificación de la Universidad de Texas[4]

	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
Estadio A	Lesiones pre o periulcerosas. Completamente epitelizadas.	Herida superficial, no afecta tendón, cápsula o hueso.	Herida que afecta a tendón o cápsula.	Herida que penetra hueso o articulación.
Estadio B	Infectada.	Infectada.	Infectada.	Infectada.
Estadio C	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.
Estadio D	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.

Referencias

20. Torra i Bou JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala Braden. Rev ROL Enf 1997; (224): 23-30. . (s.f.).

4. Grupo Europeo de Úlceras por Presión. Directrices sobre la prevención de las Úlceras por Presión del Grupo Europeo de Úlceras por Presión (1998). Gerokomos 1999; 10 (1): 30-3. . (s.f.).

https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/. (s.f.).

https://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=La%20Escala%. (s.f.).

https://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=La%20Escala%20. (s.f.).

https://fisiomayores.com/fisioterapia/test-de-tinetti-valoracion-del-equilibrio-y-la-marcha/. (s.f.).

https://masformacion.website/images/Diabetes/AFICHE_ESCALA-SAN-ELIAN_final-1.pdf. (s.f.).

https://neurocenter.mx/escala-norton-evaluacion-riesgo-ulceras-presion-pacientes/. (s.f.).

https://neurorehabilitacion.mx/escala-waterlow/. (s.f.).

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/05/gpc_562_diabetes_tipo2_pie_diabetico_2008.pdf. (s.f.).

https://revistamedica.com/escala-riesgo-caidas-hendrich-2/. (s.f.).

https://revistamedica.com/escalas-dolor-herramienta-evaluacion/. (s.f.).

https://revistamedica.com/evaluacion-escala-morse/. (s.f.).

https://studylib.es/doc/7911471/escala-de-tinetti?p=2. (s.f.).

https://www.bing.com/search?q=escalas+para+valoraci%c3%b3n+de+pie+diabetico.&FORM=HDRSC1. (s.f.).

https://www.blogdefisioterapia.com/escala-unidimensional-de-dolor-escala-verbal/. (s.f.).

https://www.udocz.com/apuntes/609147/escala-de-wagner-de-pie-diabetico. (s.f.).