



Súper nota

Nombre del Alumno: Nallely Trinidad Alegria Dodero

Nombre del tema: Escalas.

Parcial: I

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería.

Nombre del profesor: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velasco

Escalas

Úlceras por presión



Las escalas de valoración del riesgo de presentar LPP (EVR LPP) constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, pero deben ser aplicadas considerando el juicio clínico. Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que prestamos al paciente. La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia.

Si el paciente tiene riesgo bajo, reevaluar semanalmente. Cualquier cambio en la condición clínica del paciente deberá ser acompañada de una evaluación del riesgo de LPP y especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 2 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o cambio en las condiciones del estado del paciente y su entorno. En los pacientes con alto riesgo, la valoración del riesgo debería ser cada 24 horas. Las escalas son un complemento al juicio clínico y no deben usarse de manera aislada. La adopción de una escala por parte de los profesionales se basará en una valoración y argumentación científica que tenga en cuenta, los requisitos que debe exigirse a una evrupp ideal, estos son:

- **Sensibilidad**, concepto que define sus características para identificar adecuadamente a los pacientes que tienen la enfermedad entre todos los que tienen riesgo.
- **Especificidad**, que definirá si identifica a los pacientes que no tienen la enfermedad entre los que no tienen riesgo.
- **Valor predictivo**, definido de forma positivo, en cuántos pacientes detectados con riesgo entre el total que las desarrollan y como negativo, en cuántos pacientes sin upp, que fueron definidos como sin riesgo entre el total de lo que las han desarrollado.



Escala de Norton:

Norton y sus colegas fueron pioneros en la inexplorada área del desarrollo de las úlceras por presión (Flanagan 1997). A principio de los años 60, desarrollan una escala de valoración del riesgo basados en sus investigaciones acerca de los factores que influyen en la génesis de las UPP. En ésta escala, el puntaje total es una función lineal de cinco factores de riesgo considerados importantes por Norton y sus colegas.

CINCO SUBESCALAS: $SN = X1 + X2 + X3 + X4 + X5$

ESTADO GENERAL X1

ESTADO MENTAL X2

ACTIVIDAD X3

MOVILIDAD X4

INCONTINENCIA X5

Donde X es el puntaje total de la escala, X1 es el puntaje de la condición física general del paciente, X2 es el puntaje por nivel de actividad, X3 puntaje movilidad, X4 puntaje por incontinencia y X5 el puntaje por estado mental. Todos los factores de riesgo desde X1 a X5 toma valores de uno a cuatro (donde uno es menos favorable y cuatro es más favorable). Un puntaje bajo es indicador de alto riesgo de desarrollo de UPP.

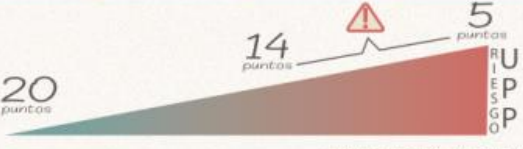


NORTON

@Creative_Nurse

RIESGO ÚLCERAS POR PRESIÓN

	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

RIESGO

FUENTE: ESCALA DE NORTON, MODIFICADA POR INSALUD DE MADRID

Escala de Braden

La escala de valoración del riesgo de UPP fue desarrollada durante la década de los 80 siguiendo las observaciones hechas por Braden. Ella observó que mientras el equipo de enfermería estaba cuidadosamente cambiando de posición a los pacientes y cuidando la piel en residencias de ancianos en EEUU, el estado nutricional pobre fue el principal factor contribuyente para el desarrollo de úlceras por presión. Al igual que a escala de Norton, la escala de Braden es una transformación lineal de sus factores de riesgo:

SB= Z1 + Z2 + Z3 + Z4 + Z5 + Z6 Donde SB es el puntaje total que indica el riesgo de desarrollar UPP, Z1 es el puntaje por percepción sensorial, Z2 el puntaje por actividad, Z3 puntaje por movilidad, Z4 puntaje por nutrición, Z5 puntaje por humedad y Z6 es fricción y roce. Estos factores de riesgo de basan en los dos factores etiológicos primarios que inciden en la formación de la úlcera: I) intensidad y duración de la presión II) Tolerancia del tejido a la presión. Las primeras tres sub-escalas: percepción sensorial, actividad y movilidad capturan situaciones clínicas que predisponen al paciente a presión prolongada e intensa. Las siguientes tres

Subescalas: nutrición, humedad y fricción-roce son factores que afectan la tolerancia del tejido a la presión.

La aplicación de la escala permite obtener un puntaje que clasifica al paciente como:

Alto riesgo ≤ 12 puntos

Moderado riesgo 13-14 puntos

Bajo riesgo ≥ 14 puntos

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	

La puntuación es la siguiente:

- < 12 puntos - **Alto.**
- 13 - 14 puntos - **Moderado.**
- 15 - 16 puntos (si < 75 años) - **Bajo.**
- 15 - 18 puntos (si ≥ 75 años) - **Bajo.**

Escala de Waterlow:

Evalúa varios factores de riesgo, incluyendo la historia médica del paciente, el estado de la piel y la nutrición.

	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.**

 **C.M.U.C.**
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Escala EMINA:

Evalúa cinco factores de riesgo, como la edad, la condición física, la movilidad, la nutrición y la presencia de úlceras previas.

ESCALA EMINA				
Parámetro	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
ESTADO MENTAL	Orientado	Desorientado o apático	Letárgico o hiperactivo	Comatoso
MOVILIDAD	Completa	Ligeramente limitado	Limitación importante	Inmóvil
HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	No	Urinaria o fecal ocasional	Urinaria o fecal habitual	Urinaria y fecal
NUTRICIÓN	Correcta	Ocasionalmente incompleta	Incompleta	No ingesta
ACTIVIDAD	Deambula	Deambula con ayuda	Siempre precisa ayuda	No deambula

Riesgo de caídas.

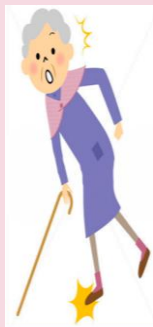
Las caídas representan hasta el 70% de los accidentes en pacientes hospitalizados. Debido al riesgo de lesiones importantes y al aumento de los costes para el sistema sanitario, la reducción de las caídas en los hospitales es una de las principales prioridades de la calidad hospitalaria y de la seguridad del paciente.

El objetivo de esta revisión es analizar la validez de diferentes escalas de valoración del riesgo de caídas en adultos en el ámbito hospitalario, y especialmente en pacientes mayores.

La pregunta de investigación comprende los siguientes criterios:

- **población:** pacientes hospitalizados
- **factor/modelo predictivo:** escalas de valoración de riesgo de caídas
- **variable de resultado:** caída
- **tiempo y entorno:** durante el ingreso hospitalario, en unidades de agudos

Las escalas consideradas para esta revisión fueron la escala Downton, Morse, Stratify, Hendrich y Tinetti, todas ellas diseñadas para evaluar el riesgo de caídas en el medio hospitalario.



Escala de Tinetti

Esta escala también conocida como Índice de Movilidad de Tinetti, es una herramienta integral para evaluar el equilibrio y la marcha en pacientes, especialmente en aquellos de edad avanzada y en personas con trastornos neurológicos. La escala está compuesta por dos partes: una que evalúa el equilibrio y otra que analiza la marcha.

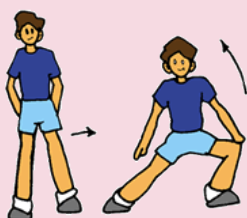
- Evaluación del equilibrio:**

El paciente debe realizar tareas como levantarse de una silla sin apoyo, mantenerse de pie con los ojos cerrados, girar 360 grados, y sentarse nuevamente.

Cada tarea es evaluada en una escala de 0 a 2, donde 0 indica inestabilidad severa y 2 indica un buen control.

- Evaluación de la marcha:**

Se observa al paciente caminar una corta distancia, prestando atención a la longitud y altura del paso, la simetría de los movimientos, la fluidez, y la alineación del tronco. Cada aspecto se califica en una escala de 0 a 2. La puntuación total oscila entre 0 y 28 puntos. Un puntaje de 19 o menos indica un alto riesgo de caídas, mientras que una puntuación entre 19 y 24 sugiere un riesgo moderado.

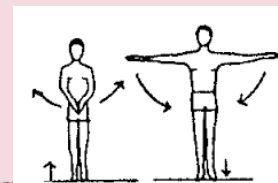


ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).



PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1

Escala de Caídas de Downton

Es una herramienta multidimensional que evalúa varios factores de riesgo relacionados con las caídas. Considera cinco áreas principales:

- **Historial de caídas:**

Similar a otras escalas, se otorgan puntos adicionales si el paciente ha sufrido caídas en el pasado.

- **Uso de medicamentos:**

Se evalúa si el paciente está tomando medicamentos que puedan afectar su equilibrio o estado mental, como sedantes o antihipertensivos.

- **Déficit sensorial:**

Se considera la presencia de alteraciones visuales o auditivas.

- **Capacidad para caminar y equilibrio:**

Se evalúa si el paciente necesita ayudas para la marcha.

- **Estado cognitivo:**

Se tiene en cuenta si el paciente muestra signos de confusión o demencia.

Con una puntuación que varía de 0 a 11, una puntuación superior a 3 sugiere un alto riesgo de caídas.



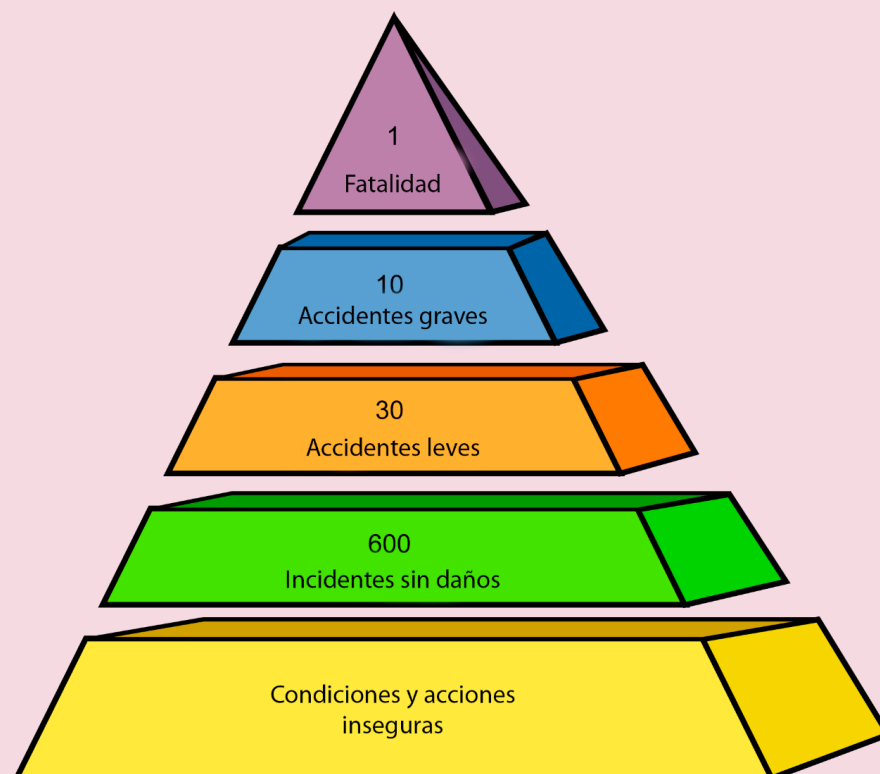
Escala de Morse:

Considera factores como historia de caídas, diagnósticos secundarios, uso de ayudas para la marcha, terapia intravenosa, marcha y estado mental.

Escala de Morse	1	ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES O EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	→	-NO..... 0 -SÍ..... 15
	2	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	→	-NO..... 0 -SÍ..... 15
	3	AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	→	-REPOSO EN CAMA 0 -BASTÓN / MULETAS / ANDADOR 15 -SE APOYA EN MUEBLES..... 30
	4	CATÉTERES IV / VÍA HEPARINIZADA	→	-NO..... 0 -SÍ..... 20
	5	EQUILIBRIO / TRASLADO	→	-NORMAL / INMOVILIZACIÓN / REPOSO EN CAMA.. 0 -DÉBIL..... 15 -ALTERADA REQUIERE ASISTENCIA..... 30
	6	ESTADO MENTAL	→	-CONSCIENTE..... 0 -NO CONSCIENTE..... 15

Escala de Hendrich II:

Evalúa factores como historia de caídas, estado mental, problemas sensoriales y de movilidad.





Escala de dolor.

Cada persona experimenta el dolor de manera diferente. Una escala del dolor es una manera en la que usted puede medir el dolor para que los médicos puedan ayudar a decidir la mejor manera de tratarlo. La escala del dolor ayuda al médico a ver lo bien que está funcionando el plan de tratamiento para reducir el dolor y ayudarlo a hacer tareas cotidianas. La mayoría de las escalas del dolor utilizan números del 0 al 10. Una puntuación de 0 significa que no hay dolor, mientras que 10 indica el peor dolor que usted haya tenido nunca.

Escala numérica

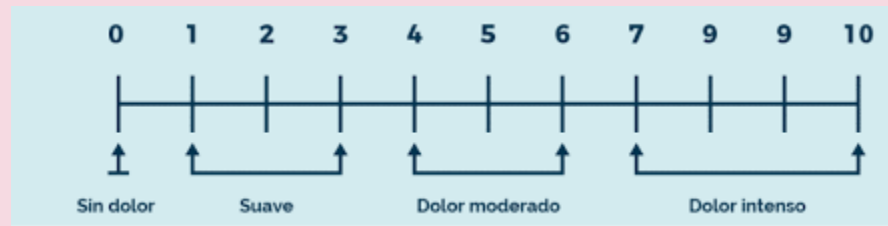


- 0 = No hay dolor.
- 1 = El dolor es muy leve, casi no se nota. Usted no piensa en él la mayor parte del tiempo.
- 2 = Dolor leve a moderado con molestia.
- 3 = Dolor notable. Es posible que el dolor lo distraiga, pero puede acostumbrarse a él.
- 4 = Dolor moderado. Si está haciendo una actividad, es capaz de ignorar el dolor durante un tiempo. Pero aun así el dolor lo distrae.
- 5 = Dolor moderadamente intenso. Usted no puede ignorarlo durante más de unos pocos minutos. Pero, con esfuerzo, todavía puede trabajar o hacer algunas actividades sociales.
- 6 = Dolor algo más intenso. Usted evita algunas de sus actividades diarias habituales. Tiene problemas para concentrarse.
- 7 = Dolor intenso. Le impide hacer actividades habituales.
- 8 = Dolor muy intenso. Le resulta difícil hacer cualquier cosa.
- 9 = Dolor que es muy difícil de tolerar. Usted no puede llevar una conversación.
- 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.



McGill Pain Questionnaire (MPQ).

Es la más utilizada de las escalas multidimensionales. El MPQ consta de tres categorías (emocional, sensorial y evaluativo), con una serie de descriptores que permiten a los pacientes describir su dolor con mayor precisión

(McGill Pain Questionnaire, MPQ)

Indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual.

Temporal I ☐ A golpes ☐ Continuo Temporal II ☐ Periódico ☐ Repetitivo ☐ Insistente ☐ Interminable Localización I ☐ Impreciso ☐ Bien delimitado ☐ Extenso Localización II ☐ Repartido ☐ Propagado Punción ☐ Como un pinchazo ☐ Como agujas ☐ Como un clavo ☐ Punzante ☐ Perforante Incisión ☐ Como si cortase ☐ Como una cuchilla Constricción ☐ Como un pellizco ☐ Como si apretara ☐ Como agarrotado ☐ Opresivo ☐ Como si exprimiera Tracción ☐ Tirantez ☐ Como un tirón ☐ Como si estirara ☐ Como si arrancara ☐ Como si desgarrara	Térmico I ☐ Calor ☐ Como si quemara ☐ Abrasador ☐ Como hierro candente Térmico II ☐ Frialidad ☐ Helado Sensibilidad táctil ☐ Como si rozara ☐ Como un hormiguero ☐ Como si arañara ☐ Como si raspara ☐ Como un escozor ☐ Como un picor Consistencia ☐ Pesadez Miscelánea sensorial I ☐ Como hinchado ☐ Como un peso ☐ Como un flato ☐ Como espasmos Miscelánea sensorial II ☐ Como latidos ☐ Concentrado ☐ Como si pasara corriente ☐ Calambrazos Miscelánea sensorial III ☐ Seco ☐ Como martillazos ☐ Agudo ☐ Como si fuera a explotar	Tensión emocional ☐ Fastidioso ☐ Preocupante ☐ Angustioso ☐ Exasperante ☐ Que amarga la vida Signos vegetativos ☐ Náuseoso Miedo ☐ Que asusta ☐ Temible ☐ Aterrador Categoría valorativa ☐ Débil ☐ Soportable ☐ Intenso ☐ Terriblemente molesto
--	---	---

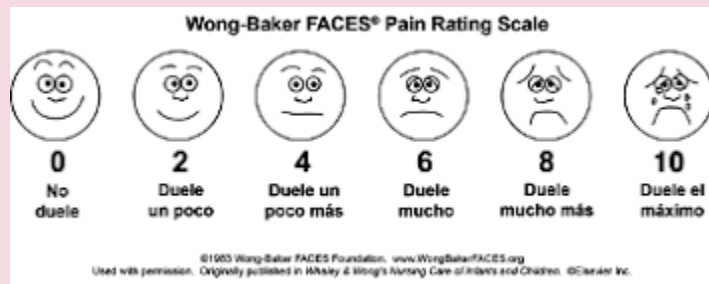
Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual.

☐ Leve, débil, ligero
☐ Moderado, molesto, incómodo
☐ Fuerte
☐ Extenuante, exasperante
☐ Insoportable

Marque una cruz sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente.

La Escala de Dolor de Caras Revisada (FPS-R)

Es una herramienta para evaluar la intensidad del dolor en niños, especialmente diseñada para aquellos que tienen dificultad para expresar su dolor verbalmente. La FPS-R utiliza una serie de caras con diferentes expresiones faciales para representar la intensidad del dolor, desde una cara sonriente (que representa "sin dolor") hasta una cara con el ceño fruncido y llanto (que representa "mucho dolor")



Escala para valoración de pie diabético

La úlcera del pie en los pacientes con diabetes mellitus es común; es la causa más frecuente de admisión al hospital entre los pacientes diabéticos en los países desarrollados. El riesgo de que un paciente con diabetes desarrolle una úlcera, puede ser tan alto como 30 %; preceden al 85 % de todas las amputaciones del miembro inferior en esta enfermedad. Alrededor del 50 % de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con mayor tiempo de evolución, tienen los factores de riesgo para desarrollar pie diabético. La importancia de una correcta clasificación de las lesiones del pie diabético, se explica porque determina el tratamiento y puede aportar datos sobre el pronóstico, respecto a posibles amputaciones. En los últimos años, la tendencia es al desarrollo de sistemas más complejos que vayan más allá de los aspectos meramente descriptivos y que sean capaces de prever el riesgo de amputación de forma eficaz.



Escala de clasificación Wagner-Meritt (Pie Diabético)

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

Conforme las lesiones son de grado superior, aumenta la posibilidad de sufrir una amputación mayor y aumenta, asimismo, la mortalidad asociada. Las principales limitaciones de esta escala serían:

- Los grados 4 y 5 no son una fase avanzada de los 1, 2 y 3.
- No diferencia si hay o no isquemia en los grados 1, 2 y 3, fundamental para conocer el pronóstico.
- No especifica si hay infección asociada y en qué grado 3 .

ESCALA DE WAGNER **MSP**
www.revistamsp.com

La **clasificación de Meggitt-Wagner**, fue descrita por primera vez en 1976 por Meggitt, pero fue popularizada por Wagner en 1981.

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos Dedos en garra Deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Dstrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra piel grasa, ligamentos, pero sin afectar el hueso.
III	Úlceras profundas más abscesos	Extensa y profunda Mal olor Salida de secreción
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie, de los dedos, talón o planta.
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado Efectos sistémicos

Los tres primeros grados son descriptor principal de la profundidad.

El grado cuarto descriptor adicional a la profundidad.

Los dos últimos grados incluyen la enfermedad vascular.

Fuente: Dr. Padawan

Clasificación de San Elián

La clasificación de San Elián es un método eficaz y preciso para determinar la gravedad de las úlceras del pie diabético. Esto se debe a que considera regiones anatómicas, factores agravantes y condiciones de los tejidos entre sus componentes, y recopila información para evaluar las diversas partes. Permite dar grado de severidad al pie diabético y a la suma de sus partes se puede clasificar como leve (con puntaje < a 10), moderado (10 a 20 puntos) y grave (21 a 30 puntos). Entre las partes a considerar está la localización, aspectos topográficos, factores agravantes (isquemia, estado infeccioso, edema y neuropatía), afectación tisular (profundidad, área y fases de cicatrización). Con esta clasificación se puede dar un diagnóstico más certero y un abordaje inicial más adecuado con nuestros pacientes.

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	☐ Granulotoria	☐ Inflamatoria
Suma de los puntos		
☐	☐	☐
TOTAL PUNTAJE =		
≤ 10 puntos → Leve: Bajo riesgo de amputación. Manejo en APS - Enfermera(o) Curación Avanzada.		

Referencias

Cigna. (s.f.). Obtenido de <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/escala-de-puntuacin-del-dolor-stp1310>

cl, U. (s.f.). Obtenido de <https://ulceras.cl/monografico/escalas-de-valoracion-de-riesgo-de-upp/>

Dianten. (s.f.). Obtenido de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034195#:~:text=RESULTADOS:%20La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20San,para%20evaluar%20las%20diversas%20partes.>

InnovaHonco. (s.f.). Obtenido de

file:///C:/Users/alejandro%20olan%20perez/Downloads/escalas_de_evaluacion_del_dolorsubido.pdf

Neurocentro. (s.f.). Obtenido de <https://neurocenter.mx/escala-caidas/>

Scielo. (s.f.). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000300011

(Scielo, s.f.) (Neurocentro, s.f.) (Cigna, s.f.) (InnovaHonco, s.f.) (Dianten, s.f.)