



Alumno: Nancy zaraus Velázquez

Nombre del tema: Escalas

Parcial: Único

Nombre del profesor: Mariano Alberto Balcázar Velasco

Nombre de la licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto cuatrimestre

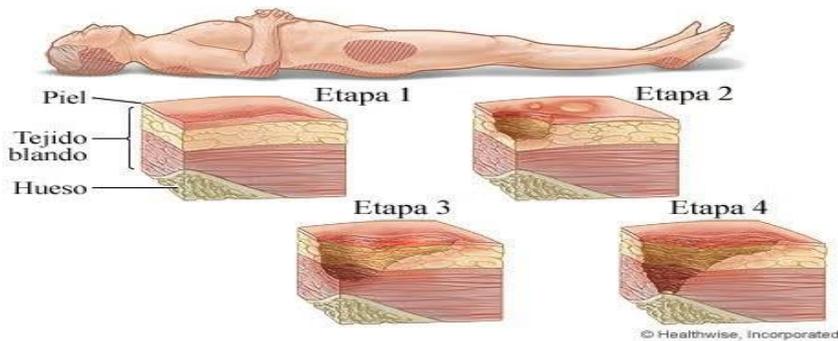
Lugar y fecha: Pichucalco, Chiapas a 22 de mayo del 2025

Úlcera por presión

Las escalas de valoración de úlceras por presión (UPP) son herramientas que permiten evaluar el riesgo de desarrollar UPP en pacientes.

Estas escalas se basan en factores que aumentan la vulnerabilidad de la piel a la presión, como la percepción sensorial, humedad, movilidad, actividad, nutrición y fricción.

El objetivo principal es identificar a los pacientes con mayor riesgo para implementar medidas preventivas y reducir la incidencia de upp.



Escala Norton

ESCALA DE NORTON				
	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

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión, fue realizada por Doreen Norton en 1962.

Se basa en puntuar cinco importantes aspectos que inciden en la salud general y en el grado de movilidad de una persona que pasa gran parte de su tiempo en reposo.

Los ítems tenidos en cuentas son:

1. Estado físico general.
2. Incontinencia urinaria o fecal.
3. Estado mental.
4. Nivel de actividad (desde encamado hasta ambulante).
5. Grado de movilidad.

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.

Resultados

1. No riesgo: mayor de 16 puntos.
2. Riesgo bajo: 13 a 16 puntos.
3. Riesgo medio: 10 a 12 puntos.
4. Riesgo alto: 5 a 9 puntos.

Escala Braden

Esta escala fue desarrollada en EE. UU. por Barbara Branden y Nancy Bergstrom en el año 1985.

Esta escala de Braden consta de 6 parámetros de riesgo y se otorgan a cada uno entre 1 y 4 puntos.

1. Percepción sensorial.
2. Exposición de la piel a la humedad.
3. Actividad física.
4. Movilidad.
5. Nutrición.
6. Roce y peligro de lesiones (fricción y cizallamiento).

Obteniendo unos resultados

1. Riesgo bajo: 15 punto o más.
2. Riesgo moderado o intermedio: 13 o 14 puntos.
3. Riesgo alto o elevado: menos de 12 puntos.

Esta escala ayuda a identificar a los pacientes que requieren medidas preventivas para evitar el desarrollo de úlceras por presión, lo que puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

ESCALA DE BRADEN

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 COMPLETAMENTE LIMITADA	2 MUY LIMITADA	3 LIGERAMENTE LIMITADA	4 SIN LIMITACIÓN
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1 CONSTANTEMENTE HUMEDA	2 MUY HUMEDA	3 OCASIONALMENTE HUMEDA	4 RARAMENTE HUMEDA
ACTIVIDAD	1 EN CAMA	2 EN SILLA	3 DEAMBULACIÓN OCASIONAL	4 DEAMBULACIÓN FRECUENTE
MOVILIDAD	1 INMÓVIL	2 MUY LIMITADA	3 LIGERAMENTE LIMITADO	4 SIN LIMITACIÓN
NUTRICIÓN	1 DESNUTRICIÓN	2 MUY POBRE	3 ADECUADA	4 MUY BUENA
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	1 ES UN PROBLEMA AL MOVERLO	2 PARA MOVERSE REQUIERE AYUDA	3 NO EXISTE PROBLEMA APARENTE	
RIESGO ALTO: < 12 PUNTOS		RIESGO MODERADO: 13 A 14 PUNTOS		RIESGO BAJO: > 15 PUNTOS

Escala waterlow

Esta escala fue desarrollada en Inglaterra en 1985 a partir de un estudio de prevalencia de UPP. Se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos. Actualmente si existe factor de fiabilidad y esta validada.

Analiza 7 factores de riesgo

1. Relación talla/peso.
2. Aspectos de la piel en área de riesgo.
3. Sexo/edad.
4. Continencia.
5. Movilidad.
6. Apetito.
7. Riesgos especiales.

El rango de puntuación de resultado varia de 2 a < 20 puntos.

Los puntos de corte serán

1. 10-14 puntos, existe riesgo moderado.
2. 15-19 puntos existe riesgo alto
3. 20 o más punto riesgo muy alto

Es importante tener en cuenta que la escala de waterlow no es una herramienta definitiva y que la evaluación clínica del paciente debe complementar la información proporcionada por la escala.

	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 MULTIDISCIPLINARIO DE ÚLCERAS CRÓNICAS

Escala Emina

Se publicó en el año 2001 en España, su nombre original es EMINA, se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos. Actualmente si existe factor de fiabilidad y esta validada.

Analiza 5 factores de riesgo.

1. Estado mental.
2. Movilidad.
3. Humedad r/c incontinencia.
4. Nutrición.
5. Actividad.

Cada uno de estos parámetros lleva una puntuación del 0(no existen riesgo) al 3(mayor riesgo). El rango de puntuación del resultado varia de 0 o 15 puntos.

Los puntos de cortes serian.

1. 1-3 puntos riesgo bajo.
2. 4-7 puntos riesgo medio.
3. 8-15 puntos riesgo alto.

ESCALA EMINA:

E = Estado mental M = Movilidad I = Incontinencia - Humedad
N = Nutrición A = Actividad

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	ORIENTADO	COMPLETA	NO	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO	LIGERAMENTE LIMITADA	URINARIA Y FECAL OCASIONALMENTE	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO	LIMITACIÓN IMPORTANTE	URINARIA Y FECAL HABITUAL	INCOMPLETA	SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMATOSO	INMÓVIL	URINARIA Y FECAL	NO INGESTA	NO DEAMBULA

Puntuación total:

Sin riesgo = 0 puntos;

Medio riesgo = 4 a 7 puntos;

Bajo riesgo = 1 a 3 puntos;

Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

	EDAD	PESO	ESTADO DE LA PIEL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD
1	>70	CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES Y EDEMA	NECROSIS / EXUDADO	COMA/ NO RESPONDE A ESTIMULOS / INCAPAZ DE MOVIMIENTOS	ENCAMADO/INMOVIL
2	55 - 70	CAQUECTICO	PIEL CON ROZADURAS O EXCORIACIONES	APATICO / SEDADO PERO RESPONDE A ESTIMULOS	MUY LIMITADA / SENTADA EN SILLON
3	40 - 55	OBESO	PIEL ENROJECIDA	AGITADO / INQUIETO / CONFUSO	CAMINA CON ALGUNA AYUDA
4	<40	PESO EN LA MEDIA (NORMAL)	INTACTA	DESPIERTO Y ALERTA	DEAMBULACION COMPLETA

	ESTADO HEMODINAMICO	RESPIRACION	NUTRICION	INCONTINENCIA	HIGIENE
1	CRITICO CON SOPORTE INOTROPICO	SIN RESPIRACION EN REPOSOS / EN ESFUERZO	SUEROTERAPIA IV SOLAMENTE	URINARIA + FECAL	DEPENDENCIA TOTAL
2	INESTABLE CON SOPORTE INOTROPICO	VENTILACION MECANICA	NUTRICION PARENTERAL	FECAL	NECESITA MUCHA AYUDA
3	ESTABLE CON SOPORTE INOTROPICO	VENTILACION INVASIVA (CPAP)/ TUBO EN T	DIETA PARCIAL/ LIQUIDOS ORALES/ NUTRICION ENTERAL	URINARIA	CAPAZ DE MANTENER SU HIGIENE CON ALGUNA AYUDA
4	ESTABLE SIN SOPORTE INOTROPICO	EXPONTANEA	DIETA COMPLETA + LIQUIDOS	NO / EN ANURIA / CON SONDA VESICAL	CAPAZ DE MANTENER SU HIGIENE

Escala cubbin-jackson

Se publicó en el año 1991 en Reino Unido, su nombre original es Pressure Area Risk Calculator. Actualmente no existe factor de fiabilidad, pero está validada.

Analiza 10 factores de riesgo

1. Edad.
2. Peso.
3. Estado de la piel.
4. Estado mental.
5. Movilidad.
6. Estado hemodinámico.
7. Respiración.
8. Nutrición.
9. Incontinencia
10. 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.

La escala de Cubbin-Jackson es una herramienta útil para evaluar el riesgo de úlceras por presión en pacientes críticos, especialmente en la UCI. Permite una evaluación rápida y objetiva de los factores de riesgo, lo que ayuda a identificar a los pacientes con mayor riesgo y a tomar medidas preventivas.

Riesgo de caídas

La escala de valoración de riesgo de caídas es una herramienta utilizada por profesionales de la salud para evaluar la probabilidad de que un paciente, especialmente en entornos hospitalarios o de cuidado a largo plazo, sufra una caída. Estas escalas ayudan a identificar factores de riesgo individual y ambiental que puedan aumentar la probabilidad de caída, permitiendo la implementación de estrategias de prevención personalizadas.



Escala de Tinetti

Escala de Movilidad de Tinetti



Es una herramienta clínica para evaluar la movilidad y el equilibrio en personas mayores, especialmente para determinar el riesgo de caída.

Se compone de dos partes

La marcha: se evalúa la capacidad de caminar, incluyendo la iniciación, el paso, la simetría, la fluidez y la trayectoria.

El equilibrio: se evalúa la capacidad de mantener el equilibrio en diferentes posiciones, como sentado o de pie y al cambiar de posición.

La marcha se puntúa sobre 12 y el equilibrio sobre 16 sumando un total de 28 puntos.

Con una interpretación de que cuando menor sea la puntuación, mayor será el riesgo de caídas.

Riesgo de caídas

1. Alto menos de 19.
2. Moderado 19-23.
3. Bajo 24-28

Escala de caída de morse

Esta escala permite identificar a los pacientes con mayor riesgo de caídas y ayuda a implementar intervenciones preventivas adecuadas.

Componentes que evalúa

1. Historia de caídas.
2. Diagnóstico secundario.
3. Ayudas para la deambulación.
4. Terapia intravenosa.
5. Marcha/trasferencia.
6. Estado mental.

La puntuación total se evalúa en

1. Bajo riesgo 0 a 24: aplicación de medidas básicas de seguridad.
2. Riesgo moderado 25 a 44: supervisión más frecuente.
3. Alto riesgo 45 o más: supervisión constante.

Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1-	Antecedentes de caídas	No	0	
		Si	25	
2-	Diagnóstico secundario	No	0	
		Si	15	
3-	Ayuda para deambular			
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		0	
	Bastón / Muletas / Andador		15	
	Se apoya en los muebles		30	
4-	Vía venosa	No	0	
		Si	20	
5-	Marcha			
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		0	
	Débil		15	
	Alterada requiere asistencia		30	
6-	Conciencia / Estado mental			
	Consiente de sus capacidades y limitación		0	
	No consiente de sus limitaciones		15	

RIESGO BAJO

Hasta 24

RIESGO MEDIO

25 de 44

RIESGO ALTO

45 y mas



Valoración del Riesgo de caída

- Menor a 2 puntos → Riesgo bajo
 Entre 2 puntos y 4 puntos → Riesgo Medio
 Mayor a 4 puntos → Riesgo Alto



Caidas previas

SI NO
 1 0
 (puntos)

Déficits Sensoriales

0 Ninguno
 1 Alteraciones Visuales
 1 Alteraciones auditivas
 1 Extremidades



Estado Mental

0 Orientado
 1 Confuso

Deambulación

0 Normal
 1 Segura con ayuda
 1 Insegura con/sin ayuda
 1 Imposible

Medicamentos

0 Ninguno
 1 Tranquilizantes / Sedantes
 1 Dureticos
 1 Hipotensores
 1 Anti-parkinsonianos
 1 Antidepresivos
 1 Otros medicamentos

Escala de caída de Downton

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

La escala puntúa 5 dimensiones que son

1. Caídas previas.
2. Medicamentos.
3. Déficits sensoriales.
4. Estado mental.
5. Deambulación.

Interpretación

1. Alto riesgo: puntuación totales iguales o superiores a 3.
2. Riesgo moderado: puntuaciones entre 2 y 3.
3. Riesgo bajo: puntuaciones inferiores a 2

Escalas del dolor

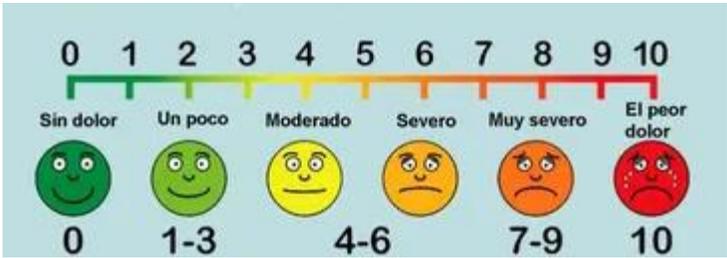
Son herramientas utilizadas para cuantificar y evaluar la intensidad del dolor experimentado por una



Escalas unidimensionales

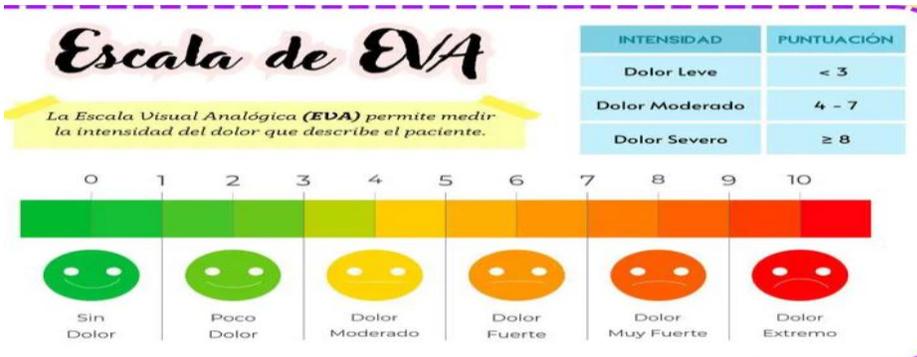
Escala verbal numérica (EVN)

Es una herramienta de medición del dolor que utiliza una escala numérica del 0 al 10, donde 0 representa ausencia de dolor y 10 representa el dolor más intenso imaginable.



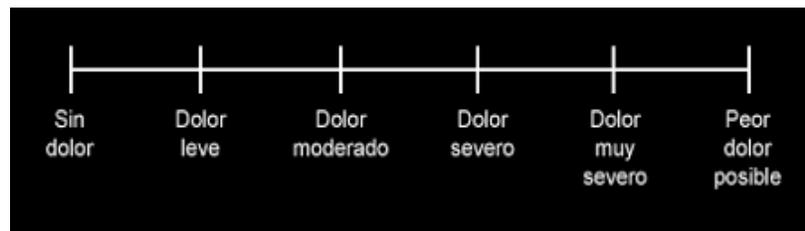
Escala visual analógica (EVA)

Mide la intensidad para el dolor es representada por una línea recta en la que un extremo significa ausencia del dolor y el otro extremo significa el peor dolor que se pueda imaginar, el paciente marca un punto en la línea que coincide con la cantidad de dolor que siente., corriente y peor. Pide a demás que el paciente señale su dolor en un dibujo del cuerpo.



Escala verbal descriptiva (EVD)

El paciente califica su percepción del dolor de acuerdo con 6 grados, no dolor, dolor leve, moderado, intenso, muy intenso e insoportable.



Escala de las caras pintadas (Wong Baker)

Consta de 5 dibujos de caras en diferentes situaciones como feliz, sonriente, triste y llorosa. Es útil en niños y en personas con trastorno mentales.



Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRE: S _____ A _____ E _____ M _____ P(HT) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 FLICKERING	11 TIRING EXHAUSTING	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS
QUIVERING	EXHAUSTING	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY
PULSING	12 SICKENING SUFFOCATING	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
THROBBING				
BEATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING			
POUNING				
2 JUMPING	14 PUNISHING GRUELING CRUEL VICIOUS KILLING			
FLASHING				
SHOOTING	15 WRETCHED BLINDING			
3 PRICKING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE			
BORING				
DRILLING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING			
STABBING				
LANCINATING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING			
4 SHARP CUTTING LACERATING				
5 FINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	19 COOL COLD FREEZING			
6 TUGGING PULLING WRENCHING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING			
7 HOT BURNING SCALDING SEARING				
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING				
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY				
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING			

E = EXTERNAL
I = INTERNAL

COMMENTS:

Escalas multidimensionales

Cuestionario del dolor de MCGILL(MPQ)

Presenta una serie de palabras que describen las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor. Se obtienen en 3 puntuaciones una para cada dimensión, así como la puntuación total.

Cuestionario breve del dolor (BPI)

El cuestionario breve pregunta a los pacientes por la severidad de su dolor con los términos mínimo

Escalas de valoración de pie diabético

Son herramientas que ayudan a los profesionales de la salud a evaluar y clasificar las lesiones en los pies de personas con diabetes, así como a determinar el riesgo de desarrollar complicaciones, como úlceras o



Escala de Wagner

Se trata de una escala hetero administrada que valora y clasifica las lesiones de los pies en personas diabéticas.

Clasificación

- Grado 0:** No hay ulcera, pero el pie está en alto riesgo (deformidades, callosidades, etc.).
- Grado 1:** Ulcera superficial que compromete la piel, pero no tejidos profundos.
- Grado 2:** Ulcera profunda que alcanza ligamentos, músculos, pero no huesos ni formación de absceso.
- Grado 3:** Ulcera profunda con celulitis o absceso a menudo con osteomielitis.
- Grado 4:** Gangrena localizada (porción distal del pie).
- Grado 5:** Gangrena extensa (pie y tobillo).

Grado	Lesión	Característica	Imagen
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidad ósea	
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel	
II	Úlceras profundas	Penetra la piel, grasa, ligamentos pero sin afectar hueso	
III	Úlceras profundas + absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción y mal olor	
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta	
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos	



PIE DIABÉTICO Clasificación PEDIS

PEDIS (siglas en inglés, que corresponden a Perfusión, Extensión, Profundidad, Infección y Sensibilidad)

	Descripción	Antibiótico empírico
1	Sin datos de infección	NO
2	Eritema perilesionar < 2cm Limitada a piel y t. Subcutáneo Descarga purulenta	Dicloxacilina o Amoxi-clav
3	Eritema perilesionar > 2cm Estructuras profundas Absceso, fascitis, osteomielitis	Ceftriaxona + Clindamicina
4	SIRS / SEPSIS Inestabilidad metabólica	Vancomicina + Ceftazidima

Sistema de clasificación de PEDIS

Es un método utilizado para clasificar las úlceras de pie diabético.

Evaluando 5 parámetros claves

- Perfusión(irrigación):** La calidad del flujo sanguíneo al pie.
- Extensión:** El tamaño y la forma de la úlcera:
- Profundidad:** La profundidad de la lesión, incluyendo la afectación de tejidos profundos.
- Infección:** La presencia y gravedad de la infección en la úlcera.
- Sensibilidad:** La capacidad del paciente para percibir el dolor o la presión en la úlcera.

Escala de Texas

Es la mas popular de las clasificaciones de lesiones de pie diabéticos un sistema de clasificación donde las lesiones son estadiadas en base a dos criterios principales: profundidad y existencia de infección/isquemia, dándole 4 posibles estadios.

La profundidad se le otorgan un numero 0-3 y la isquemia se le da una letra de A-D

Tratamiento del Pie Diabético basado en la Escala de Texas

	Grado 0 Lesiones pre o post úlceras completamente epitelizadas	Grado I Herida superficial, no involucra tendón, cápsula o hueso	Grado II Herida que llega a tendón o cápsula	Grado III Herida penetrante a hueso o articulación
B Infección				
C Isquemia				
D Infección + Isquemia				

Referencia bibliográfica

1. Ceniza D. Una exploración de la ocurrencia de úlceras por presión en una unidad británica de lesiones medulares. J Clin Nurs 2002; 11:470-478.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100643>
2. Blanco López JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. El Peu 2003; 23(4):194-198.
3. Kelly J. Fiabilidad entre evaluadores y herramienta de evaluación del riesgo de úlceras por presión de Waterlow. Norma de Enfermería 2005; 19:86-87,90-92. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875591>
4. <https://itsqmet.edu.ec/escala-de-morse/>
5. Melzack, R. "El cuestionario de dolor de McGill: propiedades principales y métodos de puntuación". Dolor 1975 1(3): 277-299
6. inglés) Ferraz, M. B., Quaresma, M. R., et al. "Fiabilidad de las escalas de dolor en la evaluación de pacientes alfabetizados y analfabetos con artritis reumatoide". J Rheumatol 1990 17(8): 1022-1024
7. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13310/TFG-L849.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13310/TFG-L849.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). International Consensus on the Diabetic Foot & Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2007. [Interactive Version on DVD]. Edita IWGDF-Consultative Section of the IDF (International Diabetes Federation). Compatible con Windows 98 or later. [Links]
10. Holtzer SES, Camerota A, Martens L, Cuerdon T, Crystal-Peters J, Zagari M. Cost and duration of care for lower extremity ulcers in patients with diabetes. Clin Ther 1998; 20: 169-81. [Links]
11. Harrington C, Zagari MJ, Corea J, Klitenic J. A cost analysis of diabetic lower extremity ulcers. Diabetes Care 2000; 23: 1333-8. [Links]
12. Apelqvist J, Ragnarson Tennvall G, Persson U, Larsson J. Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation. J Intern Med 1994; 235: 463-71. [Links]
13. Matricali GA, Dereymaeker G, Muls E, Flour M, Mathieu C. Economic aspects of diabetic foot care in a multidisciplinary setting review. Diabetes Met Res Rev 2007; 23: 339-47. [Links]