



UDS
Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Yari Yaneth Nuñez López

Nombre del tema: Escalas

Parcial: único

Nombre de la Materia: Practica Clínica De Enfermería I

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velazco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

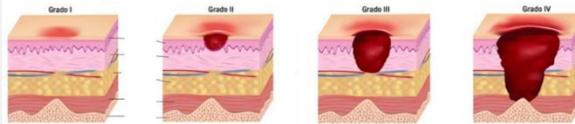
Cuatrimestre: Sexto

ESCALAS

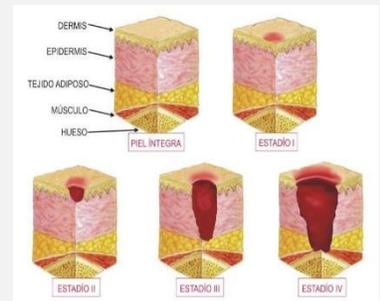
ULCERAS POR PRESIÓN.

Una úlcera por presión es una lesión de la piel y tejidos profundos causada por una presión constante o fricción que impide el flujo sanguíneo adecuado, lo que conduce a la muerte celular y a la formación de una herida abierta.

Etapas de las úlceras por presión



drmailto:blog.site



Evalúa 5 factores clave, cada uno con una puntuación de 1 a 4 puntos (donde 1 indica el peor estado y 4 el mejor):

Concepto de la Escala de Norton

ESCALA NORTON

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

Clasificación del riesgo:

- 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 / No hay riesgo

enfermera_educativa

Concepto de la Escala de Braden

La Escala de Braden es una herramienta clínica diseñada para valorar el riesgo que tiene un paciente de desarrollar úlceras por presión, también conocidas como escaras o llagas por decúbito. Fue desarrollada por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en 1987.

La Escala de Braden es un instrumento que evalúa seis factores de riesgo relacionados con el desarrollo de úlceras por presión, con el objetivo de guiar acciones preventivas en pacientes hospitalizados o inmobilizados.

Evalúa 6 dimensiones relacionadas con la integridad de la piel y la movilidad del paciente. Cada dimensión se puntúa de **1 a 4**, excepto la de fricción y cizallamiento, que se puntúa de 1 a 3.

- Percepción sensorial**
Capacidad del paciente para responder al malestar relacionado con la presión.
- Exposición a la humedad**
Grado en que la piel está expuesta a la humedad (sudor, orina, heces).
- Actividad física**
Nivel de actividad del paciente (desde encamado hasta ambulante).
- Movilidad**
Capacidad para cambiar y controlar la posición corporal.
- Nutrición**
Patrón habitual de consumo de alimentos (desde excelente hasta muy deficiente).
- Fricción y cizallamiento**
Presencia de fuerzas que dañan la piel al mover al paciente.

FlashCards Cirugía General PLATAFORMA ENARM

ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

RIESGO	PUNTOS
SIN RIESGO	0
BAJO RIESGO	> 16
MEDIO RIESGO	12 - 14
ALTO RIESGO	< 12

PUNTOS	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	FRICCIÓN / CIZALLAMIENTO
1	Completamente limitada	Siempre	En cama	Inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Muy húmeda	En silla	Muy limitada	Probable inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasional	Camina ocasional	Ligeramente limitada	Adecuada	No hay problema
4	Sin limitaciones	Rara vez	Camina con frecuencia	Sin limitaciones	Excelente	-

Consulta tu Resumen, Mini-Resumen y VideoClase para una mejor comprensión del tema. Practica en tu Simulador PRO.

Plataforma ENARM www.plataformaenarm.com

Concepto de la Escala de Arnéll

La Escala de Arnéll es una herramienta de evaluación clínica utilizada para valorar el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión, especialmente en el ámbito hospitalario y geriátrico.

La Escala de Arnéll es un instrumento de valoración del riesgo de úlceras por presión que considera factores físicos, mentales y del entorno del paciente, facilitando una evaluación rápida y práctica, especialmente en entornos de cuidados prolongados.

Evalúa 6 factores de riesgo, cada uno con valores asignados. El total se suma para clasificar el nivel de riesgo. Los factores evaluados son:

1. **Estado general de salud**
(Bueno, regular, malo)
2. **Estado mental**
(Lúcido, confuso, inconsciente)
3. **Actividad**
(Ambulante, en silla, encamado)
4. **Movilidad**
(Normal, limitada, inmóvil)
5. **Incontinencia**
(Ninguna, ocasional, constante)
6. **Nutrición**
(Adecuada, deficiente)

Escala Nova 5

La Escala NOVA 5 es una herramienta desarrollada para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados, especialmente útil en entornos de enfermería clínica. Su enfoque se basa en factores que influyen directamente en la integridad de la piel y en el nivel de dependencia del paciente.

La Escala NOVA 5 es un instrumento clínico que evalúa cinco áreas fundamentales del estado del paciente para determinar su riesgo de desarrollar úlceras por presión, con el fin de aplicar medidas preventivas oportunas.

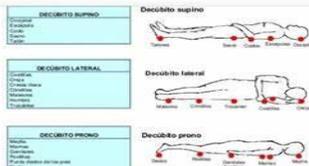
¿Qué evalúa la Escala NOVA 5?

Evalúa 5 factores de riesgo, asignando un puntaje que permite calcular el riesgo total:

1. **Estado físico general**
 - Evalúa si el paciente está en buen estado, comprometido o grave.
2. **Estado mental**
 - Considera si el paciente está orientado, confuso o inconsciente.
3. **Actividad**
 - Mide el nivel de movilidad: ambulante, en silla, postrado.
4. **Movilidad**
 - Determina si el paciente se mueve solo, con ayuda o está inmóvil.
5. **Control de esfínteres (incontinencia)**
 - Analiza si el paciente tiene continencia total, parcial o incontinencia total.

ESCALA NOVA 5

Es una modificación de la escala Norton en pacientes hospitalizados. Considera cinco aspectos: estado mental, incontinencia, movilidad, nutrición e ingesta y actividad. Cada uno de estos es valorado con una puntuación que va de 0 a 3.



ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN / INGESTA	ACTIVIDAD	PUNTOS
Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula	0
Desorientado	Ocasional / Limitada	Ligeramente incompleta	Ocasionalmente requiere ayuda	Deambula con ayuda	1
Letárgico	Urinario o fecal importante	Limitación	Incompleta, siempre con ayuda	Deambula, siempre precisa con ayuda	2
Coma	Urinario y fecal	Inmóvil	No ingesta oral, ni enteral ni parenteral superior a 72 hrs. y/o desnutrición previa	No deambula, encamado	3

PUNTOS	CATEGORÍAS DE RIESGO
0	Sin riesgo
1 - 4	Riesgo bajo
5 - 8	Riesgo moderado
9 - 15	Riesgo alto

ESTADIOS DE ÚLCERAS



Concepto de la Escala EMINA

La Escala EMINA es una herramienta de evaluación clínica diseñada para valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados, especialmente en servicios de atención geriátrica y medicina interna. Fue desarrollada en España por profesionales de enfermería.

La Escala EMINA es un instrumento que permite detectar de forma rápida y sencilla el riesgo de que un paciente desarrolle úlceras por presión, mediante la evaluación de cinco factores clave relacionados con su estado clínico.

► ESCALA EMINA.

Contempla 5 factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad.

Cada factor se puntúa de 0-3 pts. Según sea el grado de alteración.

0 pts. Riesgo cero.

1-3 pts. Riesgo bajo.

4-7 pts. Riesgo medio.

8-15 pts. Riesgo elevado

Concepto de la Escala de Waterlow

La Escala de Waterlow es una herramienta de evaluación clínica diseñada para valorar el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión. Fue desarrollada por Judy Waterlow en el Reino Unido y es una de las escalas más detalladas y utilizadas, especialmente en el ámbito geriátrico y hospitalario.

La Escala de Waterlow es un sistema de puntuación que evalúa múltiples factores clínicos y personales del paciente para estimar su riesgo de desarrollar úlceras por presión, permitiendo establecer medidas preventivas adaptadas a su situación.

¿Qué evalúa la Escala EMINA?

La palabra EMINA es un acrónimo que resume los cinco factores que evalúa:

1. **E – Estado mental**
 - Valora si el paciente está consciente, confuso o inconsciente.
2. **M – Movilidad**
 - Evalúa el grado de movimiento del paciente (normal, limitado o inmóvil).
3. **I – Incontinencia**
 - Mide si el paciente tiene control total o parcial de esfínteres, o si es totalmente incontinente.
4. **N – Nutrición**
 - Analiza el estado nutricional (alimentación adecuada, deficiente o muy deficiente).
5. **A – Actividad**
 - Considera si el paciente es ambulante, usa silla o está encamado.

¿Qué evalúa la Escala de Waterlow?

Evalúa varios factores de riesgo, a los cuales se les asigna un valor numérico. Los principales ítems incluyen:

1. Edad

Mayor edad, mayor riesgo (especialmente >65 años)

2. Sexo

Puede influir en combinación con otros factores

3. Estado nutricional

Bajo peso, sobrepeso o desnutrición aumentan el riesgo

4. Índice de Masa Corporal (IMC)

Extremadamente bajo o alto incrementa el riesgo

5. Condición de la piel

Lesiones previas, piel seca, edematosa o frágil

6. Movilidad

Grado de dependencia para cambiar de posición

7. Incontinencia

Orina y/o heces: aumentan el riesgo por humedad constante

RIESGO DE CAIDAS

El riesgo de caídas se refiere a la probabilidad de que una persona sufra una caída accidental, generalmente como resultado de factores intrínsecos (propios del paciente) o extrínsecos (relacionados con el entorno o atención recibida). Es especialmente importante en personas mayores, hospitalizadas o con movilidad reducida.

Existen escalas específicas para valorar este riesgo, como:

- Escala de Morse
- Escala de Tinetti
- Escala de Hendrich II
- Escala de Downton

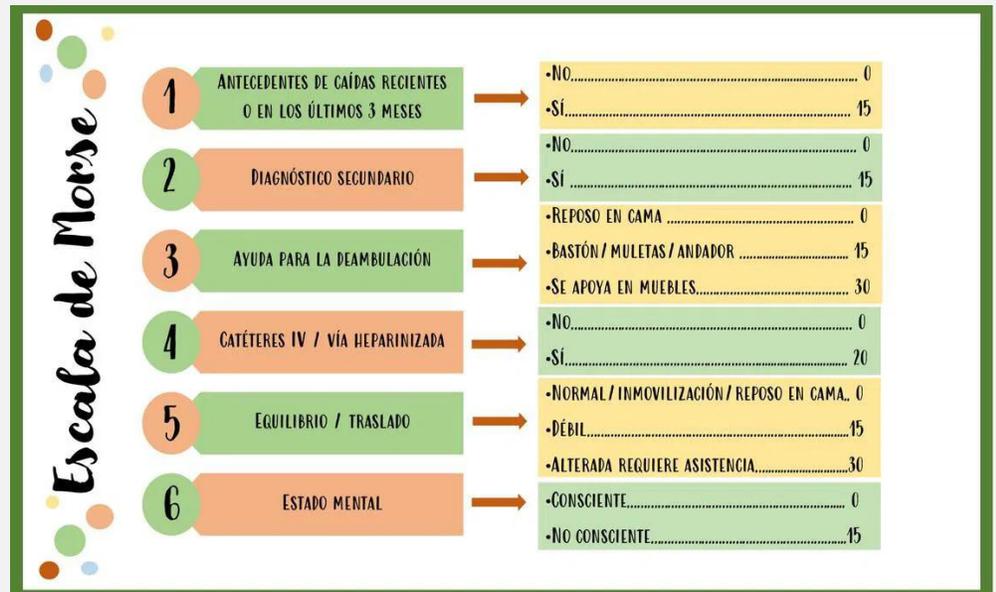
Escala de Morse

Concepto:

La Escala de Morse es una herramienta rápida y sencilla que permite evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos mayores.

¿Qué evalúa?

Evalúa 6 factores de riesgo:



Escala de Tinetti (POMA)

Concepto:

La Escala de Tinetti, también conocida como POMA (Performance Oriented Mobility Assessment), evalúa el equilibrio y la marcha del paciente, permitiendo predecir el riesgo de caídas en adultos mayores.

¿Qué evalúa?

Consta de dos secciones:

Equilibrio (Balance): sentado, levantarse, empuje, giros, etc.

Marcha: ritmo, simetría, base de sustentación, inicio, etc.

Escala de Hendrich II

Concepto:

La Escala de Hendrich II es un instrumento diseñado para detectar rápidamente a los pacientes hospitalizados en riesgo de caídas, especialmente útil en unidades de cuidados agudos.

¿Qué evalúa?

Contiene 8 ítems:

- 1_ Confusión o desorientación
- 2_ Depresión
- 3_ Eliminación (incontinencia o frecuencia)
- 4_ Mareo o vértigo
- 5_ Medicación (anticonvulsivos, benzodiazepinas)
- 6_ Rendimiento en prueba "Levantarse de la silla"
- 7_ Sexo (el ser hombre suma riesgo)
- 8_ Caída previa

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Meta 6



Escala de Downton

Concepto:

La Escala de Downton es un sistema de puntuación que evalúa el riesgo de caídas en pacientes ancianos hospitalizados o institucionalizados.

¿Qué evalúa?

5 categorías:

1-Historia previa de caídas

2_Medicación (tranquilizantes, diuréticos, hipnóticos, etc.)

3_Déficit sensorial (visión, audición)

4_Estado mental

5_Marcha

UNIDAD TEMPORAL COVID-19 | DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA | SUBDIRECCIÓN DEL CUIDADO

DOWNTON

Escala de Valoración del riesgo de caídas.

CAÍDAS PREVIAS

1 SI
0 No

MEDICAMENTOS

1 Tranquilizantes/Sedantes
1 Diuréticos
1 Hipotensores
1 Antiparkinsonianos
1 Antidepresivos
1 Otros medicamentos
0 Ninguno

DÉFICIT SENSORIALE

1 Alteraciones visuales
1 Alteraciones auditivas
1 Extremidades
0 Ninguno

ESTADO MENTAL

1 Confuso
0 Orientado

DEAMBULACIÓN

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

≥ 2 puntos
Riesgo Alto de caída

Reservado por Subdirección de Enfermería Hospital General de Galdakao

Escalas del Dolor: Concepto General

Definición general:

Las escalas del dolor son herramientas utilizadas en la práctica clínica para medir la intensidad y/o características del dolor que experimenta una persona. Ayudan a que el personal de salud pueda valorar la experiencia subjetiva del dolor y aplicar el tratamiento adecuado.

Principales Escalas del Dolor

✓ Escala Visual Analógica (EVA)

Concepto:

Una línea recta de 10 cm en la que el paciente marca un punto que representa la intensidad de su dolor, desde "sin dolor" hasta "el peor dolor imaginable".

Qué evalúa:

- Intensidad del dolor
- Valor numérico del 0 al 10 (se mide desde el inicio de la línea hasta el punto marcado)

Uso:

Apta para adultos y adolescentes que pueden comprender la escala visual.



✓ Escala Numérica del Dolor (END)

Concepto:

El paciente califica su dolor con un número del 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10 es el peor dolor posible.

Qué evalúa:

- Intensidad del dolor
- Rápida y fácil de usar

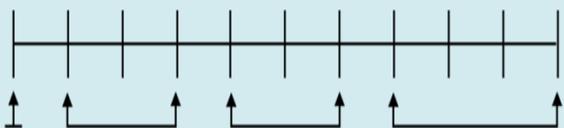
Uso:

Muy común en hospitales, especialmente con adultos conscientes y comunicativos.

EN (escala numérica verbal):

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

0 1 2 3 4 5 6 7 9 9 10



Sin dolor Suave Dolor moderado Dolor intenso

✓ Escala Verbal del Dolor (EVS)

Concepto:

El paciente selecciona una descripción verbal que representa su dolor, como:

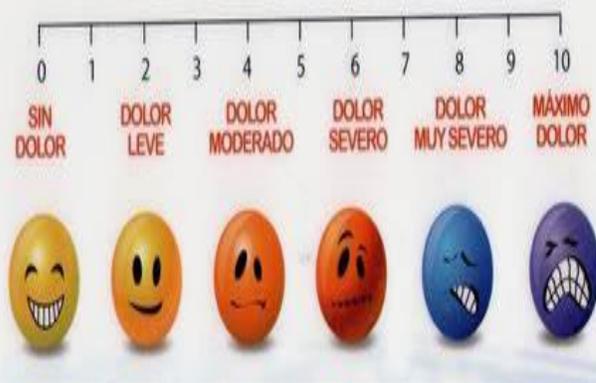
- Sin dolor
- Dolor leve
- Dolor moderado
- Dolor severo
- Dolor insoportable

Qué evalúa:

- Intensidad subjetiva mediante palabras

Uso:

Adecuada para pacientes con dificultades cognitivas leves o bajo nivel de escolaridad.



Concepto de la Escala PAINAD

Definición:

La Escala PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia) es una herramienta de evaluación diseñada para valorar el dolor en personas con demencia avanzada u otras condiciones cognitivas graves, que no pueden comunicarse verbalmente sobre su dolor.

Fue desarrollada para el entorno geriátrico, especialmente en residencias y hospitales, y se basa en la observación del comportamiento del paciente.

¿Qué evalúa la Escala PAINAD?

Evalúa cinco indicadores conductuales del dolor:

1. **Respiración independiente o con cambios**
 - Normal, irregular o jadeante
2. **Vocalización**
 - Ausente, quejidos, gritos
3. **Expresión facial**
 - Relajada, tensa, fruncida
4. **Lenguaje corporal**
 - Relajado, inquieto, defensivo, rígido
5. **Consolabilidad**
 - Se calma fácilmente o no se calma

PAINAD

Escala de medida de experiencia subjetiva del dolor en demencias

Respiración, independiente de la vocalización	Vocalización negativa	Expresión facial	Lenguaje corporal	Capacidad de alivio
0 NORMAL	0 NINGUNA	0 SONRIENTE O INEXPRESIVA	0 RELAJADO	0 NO NECESITA ALIVIO
1 RESPIRACIÓN LABORIOSA ESPORÁDICA CORTOS PERIODOS DE HIPERVENTILACIÓN	1 QUEJIDOS O LAMENTOS ESPORÁDICOS. HABLA DE TIPO BAJO CON UNA CALIDAD NEGATIVA O DE DESAPROBACIÓN	1 TRISTE, ASUSTADA O CENUDIA	1 TENSO, DE SUFRIMIENTO, ANDA DE UN LADO A OTRO, NO DEJA DE MOVVERSE	1 SE DISTRAE O SE TRANQUILIZA POR LA VOZ O EL CONTACTO
2 RESPIRACIÓN LABORIOSA Y RUIDOSA LARGOS PERIODOS DE HIPERVENTILACIÓN RESPIRACIÓN DE CHEYNE-STOCKE	2 LLAMADAS PROBLEMÁTICAS REPETIDAS, GEMIDAS O LAMENTOS ALTOS, LLANTO	2 MUECAS FACIALES	2 RÍGIDO, PUÑOS CERRADOS, RODILLAS LEVANTADAS, SE APARTA O LA APARTA, LA GÓLPEA	2 NO ES POSIBLE ALIVIARLO, DISTRAERLO O TRANQUILIZARLO

La escala PAINAD está compuesta por 5 elementos: respiración, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y capacidad de alivio. Se puntúa cada elemento de la escala, y las puntuaciones totales pueden ser de 0 (sin dolor) a 10 (dolor intenso), equivalentes a las de la escala tradicional del dolor del 0 al 10.

EMERPIERMA creativa

Twitter: @Creative_Nurse, Facebook: @creonurse, Instagram: @enfermeriacreativa, YouTube: Enfermería Creativa

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO

¿Qué son?

Las escalas de valoración del pie diabético son herramientas clínicas que permiten clasificar la gravedad de las lesiones, el riesgo de complicaciones, y ayudar en la toma de decisiones terapéuticas, como hospitalización, curación avanzada o amputación.

Escala de San Elian

Concepto:

La Escala de San Elian es una herramienta latinoamericana (desarrollada en México) para clasificar el riesgo y la gravedad del pie diabético. Evalúa de manera integral 12 factores clínicos y sociales que influyen en la aparición y evolución de lesiones en el pie de pacientes con diabetes mellitus.

Fue creada por el Dr. José Luis San Elian y es especialmente útil en países con recursos limitados, ya que permite hacer una valoración completa sin necesidad de tecnología avanzada

PIE DIABÉTICO



GRADO 0:

No hay lesiones visibles, sólo piel gruesa o alguna deformidad ósea.



GRADO 1:

Hay úlceras superficiales. Destrucción del espesor total de la piel.



GRADO 2:

Úlceras profundas que penetran la piel grasa pero no afectan hueso.



GRADO 3:

Las úlceras son profundas, extensas y con abscesos (osteomielitis). Hay secreción y mal olor.



GRADO 4:

Gangrena limitada o necrosis en una parte del pie o dedos.

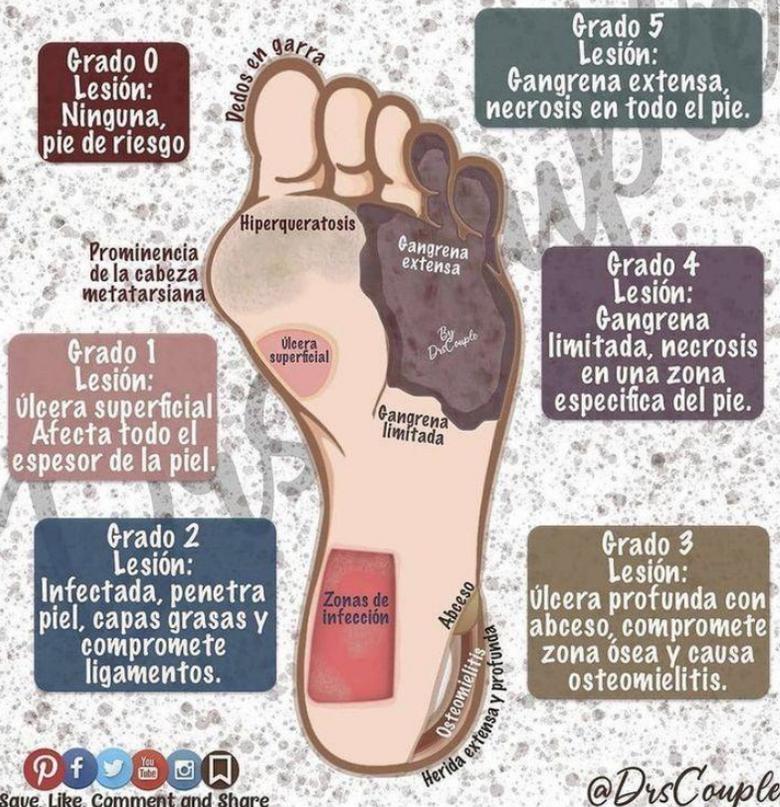


GRADO 5:

La gangrena se extiende e invade todo el pie.

@Mip_estudio

CLASIFICACIÓN DEL PIE DIABÉTICO SEGÚN WAGNER



¿Qué evalúa la Escala de San Elian?

Evalúa 12 variables clínicas y sociales, agrupadas en tres categorías:



A. Factores predisponentes:

1. Control glucémico
2. Duración de la diabetes
3. Neuropatía periférica
4. Deformidades del pie



B. Factores desencadenantes:

5. Traumatismos previos
6. Infección
7. Úlcera activa
8. Isquemia arterial



C. Factores agravantes:

9. Edad avanzada
10. Sexo masculino
11. Condición socioeconómica
12. Acceso limitado a atención médica

✓ Escala FOSTER RISK

Concepto:

La Escala FOSTER RISK (también conocida como Foot Screen Tool for Evaluation of Risk) es una herramienta de evaluación desarrollada para identificar el riesgo de complicaciones en el pie diabético, especialmente el riesgo de úlceras, infecciones y amputaciones en pacientes con diabetes mellitus.

Se utiliza como una herramienta de tamizaje rápido y estructurado durante la valoración clínica del pie.

¿Qué evalúa la Escala FOSTER RISK?

Evalúa distintos factores de riesgo que predisponen al **deterioro del pie diabético**, agrupados en áreas clave. Los más comunes son:

📍 Factores que evalúa:

1. **Presencia de neuropatía periférica**
 - A través de pruebas como el monofilamento o reflejos
2. **Presencia de enfermedad vascular periférica (isquemia)**
 - Pulso pedio y tibial posterior
 - Cambios de color o temperatura
3. **Deformidades en el pie**
 - Dedos en garra, juanetes, prominencias óseas
4. **Presencia de úlcera activa o previa**
 - Antecedente importante de riesgo
5. **Infección local o sistémica**
6. **Calzado inadecuado**
 - Como causa externa de presión o traumatismo
7. **Higiene y cuidado del pie**



Referencia Bibliográfica

- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*. EPUAP/NPIAP/PPPIA.
- Defloor, T., & Grypdonck, M. H. (2005). Pressure ulcers: Validation of two risk assessment scales. *Journal of Clinical Nursing, 14*(3), 373–382. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01055>
- Braden, B., & Bergstrom, N. (1987). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabilitation Nursing, 12*(1), 8–12.
- Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A. N. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Waterlow, J. (1985). The Waterlow card: A new pressure sore risk assessment tool. *Nursing Times, 81*(48), 49–55.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., García-Fernández, F. P., López-Medina, I. M., & Álvarez-Nieto, C. (2006). EMINA: una escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Gerokomos, 17*(3), 140–14
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association, 4*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing, 23*(3), 293–297.
- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: A 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International Journal of Palliative Nursing, 10*(1), 6–13. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.1.12013>
- Morse, J. M., Black, C., Oberle, K., & Donahue, P. (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social Science & Medicine, 28*(1), 81–86.
- Hendrich, A., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research, 16*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1053/apnr.2003.50022>
- Wagner, F. W. (1981). The dysvascular foot: A system for diagnosis and treatment. *Foot & Ankle, 2*(2), 64–122. <https://doi.org/10.1177/107110078100200202>
- Lavery, L. A., Armstrong, D. G., Harkless, L. B. (1996). Classification of diabetic foot wounds. *Diabetes Care, 19*(5), 555–559.