



Super Nota.

Nombre del Alumno: José Luis de la Cruz Villamil.

Nombre del tema: Escalas.

Parcial: Único.

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería I.

Nombre del profesor: Lic. Mariano Walberto Balcázar Velazco.

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería.

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre.

ESCALAS

ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. [UPP]

II. "Escala de Norton"

NORTON	4	3	2	1
ESTADO FÍSICO GENERAL	BUENO	MEDIANO	REGULAR	MUY MALO
ESTADO MENTAL	ALERTA	APATICO	CONFUSO	ESTUPOROSO
ACTIVIDAD	AMBULANTE	CON AYUDA	SENTADO	ENCAMADO
MOVILIDAD	COMPLETA	LIMIT LIGER	MUY LIMITADA	INMOVIL
INCONTINENCIA <small>AniñGingale</small>	NO	OCASIONAL	URI O FECAL	URI Y FECAL

❖ Concepto:

Mide el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Evalúa 5 conceptos [estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia]. La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 y 20, siendo la menor puntuación la de máximo riesgo y la mayor puntuación la de menor riesgo. Ejemplo:

-Alto riesgo = 5 a 11 puntos.

-Riesgo evidente = 12 a 14 puntos.

I. "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	

o Índice < 12 → Riesgo alto

o Índice 13-15 → Riesgo medio

o Índice 16-18 → Riesgo bajo

o Índice > 19 → Sin riesgo

❖ Concepto:

Mide el riesgo de desarrollar úlceras por presión evaluando 6 rubros [Percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición y riesgo de lesiones cutáneas]. Cada rubro se puntúa de 1 a 4 puntos excepto el rubro "Riesgo de lesiones cutáneas" que solo se puntúa de 1 a 3 puntos. Entre mayor sea la puntuación, menor riesgo presentará y entre menor sea la puntuación, mayor riesgo presentará.

ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. [UPP]

III. "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 \geq 10 riesgo.
 Definición de términos: no tiene definición operativa de términos.

❖ Concepto:

Esta escala evalúa las UPP por medio de 7 áreas [Relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y factores especiales]. Cada característica que presente el paciente tiene un valor en puntos en cada área, la suma de estos puntos nos dirá si el paciente está en un riesgo moderado y en alto riesgo. Ejemplo

10 puntos = En riesgo.

15 puntos = Alto riesgo.

20 puntos = Muy alto riesgo.

IV. "Escala de EMINA"

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

❖ Concepto:

La escala EMINA valora cinco áreas [estado mental, movilidad, humedad/incontinencia, nutrición y actividad]. Cada uno de ellos se puntúa del 0 al 3; por tanto, la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15: 0 para los pacientes que no tienen riesgo y 15 puntos para los de máximo riesgo.

ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. [UPP]

V. "Escala de Cubbin y 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

❖ Conceto:

Evalúa diez factores de riesgo [edad, peso, estado general de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene]. 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.

I. "Escala de Morse"

1-	Antecedentes de caídas	No	0	<div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO BAJO</div> <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; text-align: center;">Hasta 24</div> <div style="background-color: #f79646; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO MEDIO</div> <div style="background-color: #f79646; color: white; padding: 5px; text-align: center;">25 de 44</div> <div style="background-color: #e34a33; color: white; padding: 5px; text-align: center;">RIESGO ALTO</div> <div style="background-color: #e34a33; color: white; padding: 5px; text-align: center;">45 y mas</div>
		Si	25	
2-	Diagnóstico secundario	No	0	
		Si	15	
3-	Ayuda para deambular		0	
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15	
	Bastón / Muletas / Andador		30	
4-	Vía venosa	No	0	
		Si	20	
5-	Marcha		0	
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15	
	Débil		30	
	Alterada requiere asistencia		30	
6-	Conciencia / Estado mental		0	
	Consiente de sus capacidades y limitación		15	
	No consiente de sus limitaciones		15	

❖ Concepto:

Este instrumento se basa en una serie de preguntas y parámetros que evalúan factores como el historial de caídas del paciente, el estado mental, el tipo de tratamiento recibido, entre otros. La escala se clasifica en un rango numérico que va desde "bajo riesgo" hasta "alto riesgo".

II. "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:

Esta escala evalúa cinco rubros con una puntuación de 1 punto en caso de que el paciente presente como positivo alguno de los puntos mencionados en la imagen. A partir de más de 2 puntos se considera al paciente en "alto riesgo".

ESCALAS POR RIESGO DE CAÍDA.

III. "Escala de Hendrich II"

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

❖ Concepto:

La Escala de Hendrich II utiliza un sistema de puntuación que evalúa múltiples factores de riesgo de caídas en los pacientes. Cada factor se valora en función de su relevancia para el riesgo de caídas, y las puntuaciones se suman para determinar el nivel de riesgo global del paciente. Ejemplo:

-Bajo riesgo= 0-20 puntos.

-Riesgo moderado= 25-45 puntos.

-Alto riesgo= 50 o más puntos.

[La imagen solo muestra los rubros a evaluar, es un ejemplo de cómo se pueden puntuar].

IV. "Escala de Tinetti"

Escala de Tinetti

❖ Concepto:

Se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.

Utiliza una escala ordinal de 3 puntos (0, 1 y 2). La marcha se puntúa sobre 12 y el equilibrio sobre 16, sumando un total de 28. Cuanto menor sea la puntuación en la prueba de Tinetti, mayor será el riesgo de sufrir caídas.

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	

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (Max. 12)

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (max.28)

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE DOLOR.

I. "Escala visual analógica [EVA]."

ESCALA DE EVA

Valoración del dolor



❖ Concepto:

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

III. "Escala de puntuación verbal [EPV]."

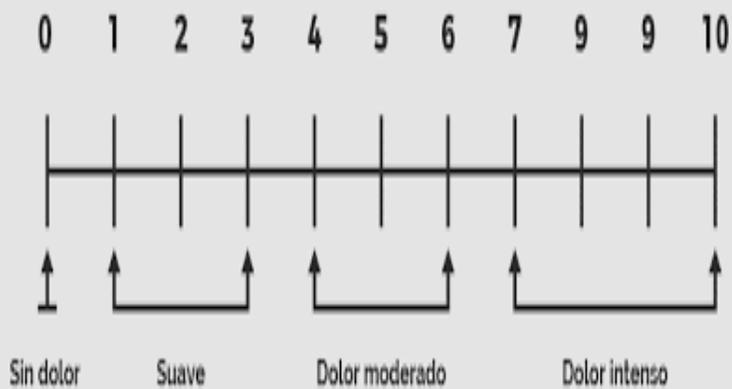
Escala verbal



❖ Concepto:

La escala de puntuación verbal (EPV) es una herramienta utilizada para evaluar la intensidad del dolor, solicitando al paciente que elija el adjetivo que mejor describe su nivel de dolor.

II. "Escala de puntuación numérica [EPN]."



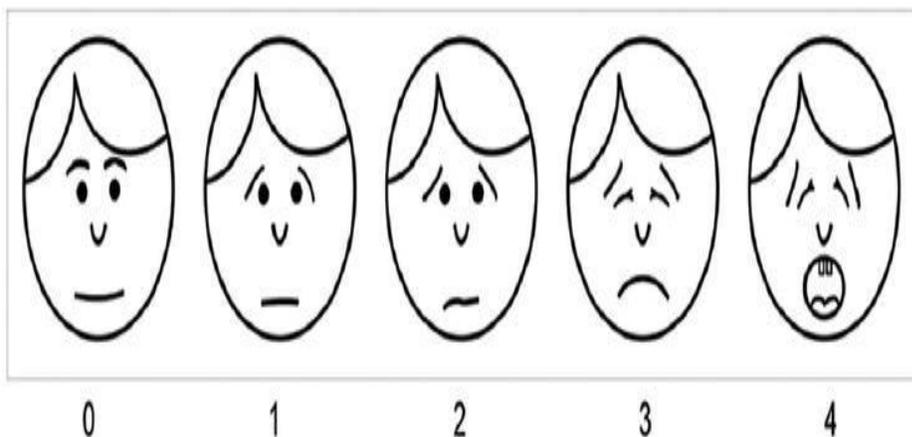
❖ Concepto:

Una escala de puntuación numérica es una escala de calificación que utiliza números para representar el grado o intensidad de un atributo o característica. Se utiliza para medir conceptos subjetivos, como el nivel de sin dolor o dolor intenso, de forma cuantitativa.

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE DOLOR.

IV. "Escala de caras para evaluar el dolor [FPS-R]."

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



❖ Concepto:

Es una herramienta para evaluar la intensidad del dolor en niños y adultos con dificultades de comunicación. A través de una serie de expresiones faciales, el paciente selecciona la que mejor representa su nivel de dolor, que luego se corresponde con una puntuación numérica de 0 a 10. Usualmente se utiliza en pacientes pediátricos.

V. "Escala Neonatal Facial Coding System [NFCS]"

ESCALA NFCS

NEONATAL FACIAL CODING SYSTEM



MOVIMIENTO FACIAL	0 PONTO	1 PONTO
FRONTE SALIENTE	AUSENTE	PRESENTE
FENDA PALPEBRAL SALIENTADA	AUSENTE	PRESENTE
SULCO NASOLABIAL APROFUNDADO	AUSENTE	PRESENTE
BOCA ABERTA	AUSENTE	PRESENTE
BOCA ESTIRADA (HORIZONTAL/VERTICAL)	AUSENTE	PRESENTE
LÍNGUA TENSA	AUSENTE	PRESENTE
PROTUSÃO DA LÍNGUA	AUSENTE	PRESENTE
TREMOR DE QUEIXO	AUSENTE	PRESENTE

PONTUAÇÃO MÁXIMA: 8 PONTOS
CONSIDERANDO DOR ≥ 3

❖ Concepto:

Valora el dolor en procedimientos invasivos. Analiza las expresiones faciales para evaluar el dolor en niños pequeños y recién nacidos. Estos métodos son muy útiles en etapas preverbales y en niños no colaboradores.



ESCALAS PARA VALORACIÓN DE ÚLCERAS POR PIE DIABÉTICO.

I. "Escala San Elián"

REGIÓN ANATÓMICA	FACTORES AGRAVANTES	AFECTACIÓN TISULAR
Localización (1-3) 1. Falanges/dedos 2. Metatarsal 3. Tarsal	Isquemia (0-3) 0. No 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Profundidad (1-3) 1. Superficial (solo piel) 2. Úlcera profunda (bajo dermis) 3. Todas las capas (hueso y articulación)
Aspectos topográficos (1-3) 1. Dorsal o plantar 2. Lateral o medial 3. Dos o más	Infección (0-3) 0. No 1. Leve. Eritema < 2 cm, induración, dolor, calor, exudado purulento 2. Moderada. Eritema > 2 cm, infección de músculo, tendón, hueso o articulación 3. Severa. Respuesta inflamatoria sistémica	Área (1-3) 1. Pequeña (<10 cm ²) 2. Pequeña (10-40 cm ²) 3. Grande (>40 cm ²)
Zonas afectadas (1-3) 1. Una 2. Dos 3. Todo el pie	Edema (0-3) 0. No 1. Perilesional 2. Solo la pierna afectada 3. Bilateral secundario a enfermedad sistémica	Fase de cicatrización (1-3) 1. Epitelización 2. Granulación 3. Inflamatorio
	Isquemia (0-3) 0. No 1. Sensibilidad protectora o vibratoria disminuida 2. Pérdida de sensibilidad protectora o vibratoria 3. Neuro-osteo-artropatía diabética de Charcot	



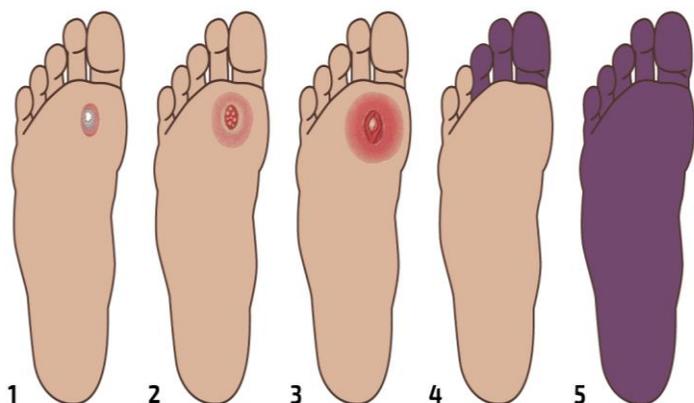
Puntuación total	Grado	Pronóstico
<10	I. Leve	Probable cicatrización de la herida
11-20	II. Moderado	Amenaza de una parte del pie; resultado relacionado con las terapias empleadas y asociado con una buena respuesta biológica del paciente
21-30	III. Severo	Amenaza para la extremidad y para la vida; resultado no relacionado con las terapias empleadas debido a la pobre respuesta biológica del paciente

❖ Concepto:

La clasificación de San Elián es un método eficaz y preciso para determinar la gravedad de las úlceras del pie diabético.

Considera regiones anatómicas, factores agravantes y condiciones de los tejidos entre sus componentes, y recopila información para evaluar las diversas partes.

II. "Escala de Wagner."



❖ Concepto:

La Clasificación de Wagner es un sistema para evaluar la gravedad de las úlceras en el pie diabético, que se basa en la profundidad de la lesión y la presencia de complicaciones como infección o gangrena. Se utiliza para clasificar las úlceras en una escala que va del grado 0 (piel intacta) al grado 5 (gangrena extensa).

Referencias

1. *amavir.es*. (9 de Junio de 2023). Obtenido de Escala de Tinetti para valorar el equilibrio y la marcha de personas mayores.: <https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/escala-de-tinetti-para-valorar-el-equilibrio-y-la-marcha-de-personas-mayores/#:~:text=La%20escala%20de%20Tinetti%20consiste,a%C3%B1o%20siguiente%20a%20su%20aplicaci%C3%B3n.>
2. Cabrera, V., & Josué, A. (2023). *dialnet.unirioja.es*. Obtenido de Clasificación de San Elián y su uso para establecer severidad en úlceras en pie diabético.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034195#:~:text=RESULTADOS%3A%20La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20San,para%20evaluar%20las%20diversas%20partes.>
3. Chamorro., P. M. (8 de Noviembre de 2006). *scielo.isciii.es*. Obtenido de Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC.: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004#:~:text=En%20la%20escala%20visual%20anal%C3%B3gica%20\(EVA\)%20la,representa%20en%20una%20I%C3%ADnea%20de%2010%20cm.&text=Un%20valor%20inferior%20a%204%20en%20la,la%20presenc](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004#:~:text=En%20la%20escala%20visual%20anal%C3%B3gica%20(EVA)%20la,representa%20en%20una%20I%C3%ADnea%20de%2010%20cm.&text=Un%20valor%20inferior%20a%204%20en%20la,la%20presenc)
4. encuestas., I. m. (4 de Abril de 2020). *freeonlinesurveys.com*. Obtenido de Escalas de valoración en encuestas (numeradas o con palabras): <https://freeonlinesurveys.com/es/survey-research/escalas-de-valoracion/#:~:text=Escalas%20de%20valoraci%C3%B3n%20num%C3%A9rica,ejemplo%2C%20de%200%20a%20100>

5. *enfermeriacreativa.com*. (8 de Julio de 2019). Obtenido de ¿Sabes qué valora la escala de Downton?: <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/#:~:text=Aqu%C3%AD%20se%20valoran%20los%20f%C3%A1rmacos,D%C3%A9ficits%20sensoriales.>
6. *esheformacion.com*. (18 de Mayo de 2021). Obtenido de ¿Qué es la escala de Norton y qué mide?: [https://www.esheformacion.com/blog/36/que-es-la-escala-de-norton-y-que-mide#:~:text=Por%20%C3%BAltimo%2C%20para%20que%20la,d%C3%ADa%20\(%3C%203%20vasos\).](https://www.esheformacion.com/blog/36/que-es-la-escala-de-norton-y-que-mide#:~:text=Por%20%C3%BAltimo%2C%20para%20que%20la,d%C3%ADa%20(%3C%203%20vasos).)
7. Fernández, I. (9 de Noviembre de 2024). *wearetester.com*. Obtenido de Escalas de valoración en cuestionarios.: <https://www.wearetesters.com/investigacion-de-mercados/escalas-de-valoracion/#:~:text=Escala%20Num%C3%A9rica:%20Consiste%20en%20una,la%20amplitud%20de%20la%20escala.>
8. Gutiérrez, M., Leache, L., Saiz, L. C., & Erviti, J. (7 de Septiembre de 2021). *navarra.es*. Obtenido de Riesgo de caídas en el entorno hospitalario.: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1B4EFF2E-1BF8-4A2D-AAED-40ECAF580E4A/477288/MAPAC_caidas_def.pdf#:~:text=Escala%20MORSE%20La%20escala%20MORSE%20es%20una,de%20que%20un%20paciente%20sufra%20una%20ca%C3%ADa.&text=La%20puntuaci%C3%B3n%20final%20de%20la%2
9. Jiménez, C. M. (Junio de 2016). *repositorio.unican.es*. Obtenido de Validación de la escala EMINA en residentes en centros sociosanitarios del principado de Asturias.: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/9036/MovillaJimenezC.pdf?seque>

