



Super nota.

Nombre del Alumno: Perla Lizet Álvarez Cruz

Nombre del tema: Escalas

Parcial: Único

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería I

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velasco

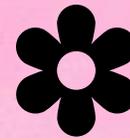
Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6^{to} cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a; 24 de mayo de 2025.

ESCALAS

ESCALAS DE VALORACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN



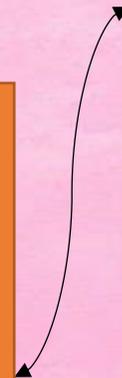
• ESCALA NORTON

Fue creada en 1962 por Doreen Norton en el Reino Unido, actualmente sigue siendo útil, aunque se ha ido adaptando. Escala conocida bien por los profesionales de Enfermería, es un método muy sencillo de diagnóstico, porque recoge mediante tests, la presencia de distintos factores de riesgo. Esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico y es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA					
ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMAD O	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.



• ESCALA BRADEN

Esta escala fue desarrollada en EE. UU. por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton.

La Escala de Braden consta de 6 parámetros de riesgo y se otorgan a cada uno entre 1 y 4 puntos: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones (fricción y cizallamiento).

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	

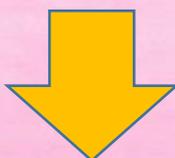
o Índice < 12 → Riesgo alto
 o Índice 13-15 → Riesgo medio
 o Índice 16-18 → Riesgo bajo
 o Índice > 19 → Sin riesgo



• ESCALA DE WATERLOW

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.

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) y cuatro categorías de otros factores de riesgo (malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación).





LA ESCALA DE EVALUACIÓN WATERLOW

EDAD		MOVILIDAD		DEFICIENCIA NEUROLÓGICA		MALNUTRICIÓN DE LOS TEJIDOS		INCONTINENCIA		APETITO	
15 - 49	0	Completa	0	Ninguna	1	Ninguna	0	Total / Catéter	0	Promedio	0
50 - 64	2	Agitado	1	Diabetes	2	Fumador	1	Incontinencia Ocasional	1	Poco	1
65 - 74	3	Apático	2	Esclerosis Múltiple	3	Anemia	2	Incontinencia Fecal / Catéter	2	Solo alimentación por tubo	2
75 - 80	4	Restringido	3	Accidente Cerebrovascular	4	Falla vascular periférica	5	Incontinencia Doble	5	Estómago vacío, anoréxico	5
81 años y +	5	Inmóvil (tracción)	4	Déficit Motor y sensorial	5	Falla cardíaca	5				
		Paciente colocado en una silla	5	Paraplejia	6	Malnutrición del tejido (ej. caquexia terminal)	8				
DROGAS		GÉNERO		CIRUGÍAS / TRAUMAS		TEXTURA / PESO PARA ALTURA		TIPO DE PIEL / ÁREAS DE RIESGO VISIBLES		PUNTAJE TOTAL =	
Ninguna	0	Masculino	1	Ninguna	0	Promedio (proporcional)	0	Saludable	0		
Citotóxicas	1	Femenino	2	Ortopédica, columna baja, cirugías por más de 2 horas	2	Encima del promedio (pesado)	1	Fina / Frágil	1		
Esteroides	2					Obeso	2	Seca / Deshidratada	2		
Antiinflamatorias	3					Debajo del promedio (delgado)	3	Edema	3		
								Inflamada / Húmeda	3		
								Decolorada	3		
								Irritada / Rota	3		

ANÁLISIS DE RESULTADOS:
 → Puntaje entre 10: riesgo bajo
 → Puntaje entre 10 y 15: en riesgo
 → Puntaje entre 15 y 20: alto riesgo
 → Puntaje sobre 20: muy alto riesgo



• ESCALA EMINA

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).

Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0 Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1 Desorientado, apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2 Letárgico o hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3 Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

8-15 Alto Riesgo
 4-7 riesgo medio
 1-3 Bajo riesgo
 0 Paciente sin riesgo

Dr. Alex Velasco



• **ESCALA DE CUBBIN-JACKSON**

Se trata de una EVRUPP desarrollada de forma específica para pacientes críticos (33). Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro (edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene). Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar. Rango de riesgo a partir de 24 puntos.



ESCALAS DE RIESGO POR CAÍDAS

• **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, uso de medicamentos, déficit sensorial, apacidad para caminar y equilibrio y estado cognitivo. Con una puntuación que varía de 0 a 11, una puntuación superior a 3 sugiere un alto riesgo de caídas.

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

• ESCALA DE MORSE

Es una herramienta sencilla y rápida, ampliamente utilizada en hospitales y centros de rehabilitación para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Se basa en seis factores de riesgo que son ponderados individualmente: historial de caídas anteriores, diagnóstico secundario, ayudas para la deambulación, tratamiento intravenoso, estado mental:

1-	Antecedentes de caídas	No	0
		Si	25
2-	Diagnóstico secundario	No	0
		Si	15
3-	Ayuda para deambular		0
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15
	Bastón / Muletas / Andador 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

- **ESCALA HENDRICH II**

Otra escala que evalúa varios factores de riesgo de caídas, incluyendo historial de caídas, consumo de sedantes o hipnóticos, presencia de enfermedades crónicas, y estado de ánimo.

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
EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN Y MARCHA	
Capacidad para levantarse en un solo movimiento. No pierde el balance cuando camina	0
Necesita empujarse así mismo, siendo exitoso en un intento	1
Múltiples intentos por incorporarse, culminando con éxito	3
No puede levantarse sin asistencia durante la prueba o tiene indicación de reposo absoluto	4
Puntaje Total:	

- **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.

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).

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 DEL DOLOR

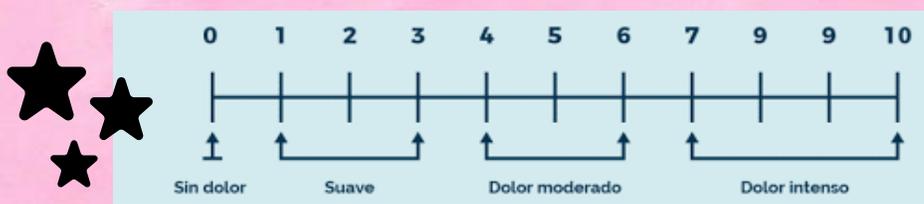
- ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La escala del dolor EVA (Escala Visual Análoga) se trata de una línea horizontal o vertical de 10 cm, en la cual el 0 es la ausencia de dolor y el 10 consiste en un dolor agónico e insoportable, esta escala de dolores sirve solo para medir la intensidad del propio dolor según lo percibe el paciente.



- ENV (ESCALA NUMÉRICA VERBAL)

El paciente puntúa su dolor del 0 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable. Esta es la más común cuando entras en la consulta y el médico te pregunta: “Del 1 al 10 dime ¿cuánto te duele?”.



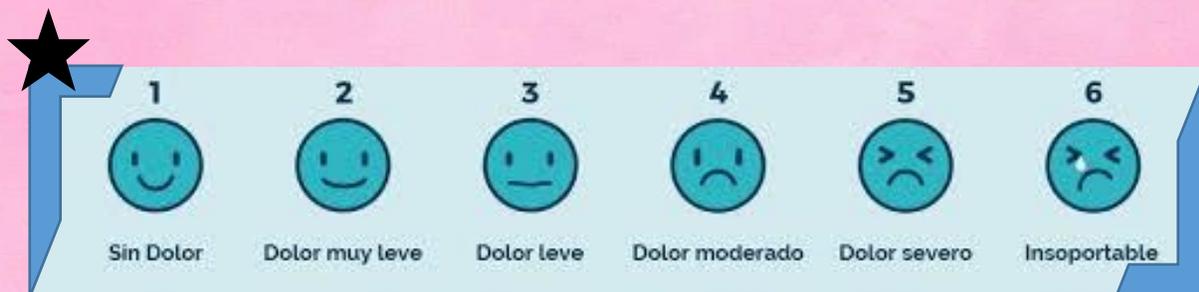
- EVS (ESCALA VERBAL SIMPLE)

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.



- **EFF (ESCALA DE EXPRESIONES FACIALES)**

Se conoce también como escala facial de Wong y Baker. Se utiliza sobre todo en la edad pediátrica y muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto, a cada una de las cuales se le asigna un número del 0 (no dolor) al 6 (máximo dolor). El paciente tiene que indicar la cara que mejor representa la intensidad de su dolor en el momento del examen.

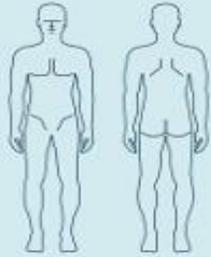


- **MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (MPQ).**

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.

Nombre paciente _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI (T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Espasmódico Temblo Palpitante Latente Golpeteo	11 Cansado Exhaustivo	<table border="1"> <tr> <td>Breve Momentáneo Transitorio</td> <td>Rítmico Periódico Intermitente</td> <td>Continuo Estable Constante</td> </tr> </table>  <p>E = Externo I = Interno</p> <p>Comentarios:</p>	Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente	Continuo Estable Constante
Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente		Continuo Estable Constante		
2 Creciente Repentino Provocado	12 Nauseabundo Sofocante				
3 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante	13 Temeroso Espantoso Terrorífico				
4 Agudo Cortante Lacerado	14 Agotador Debilitador Cruel Perverso Mortal				
5 Pellizcante Presante Picante Calambres Aplastante	15 Desdichado Cegador				
6 Tirante Tracción Desgarrador	16 Incómodo Perturbador Abatido Intenso Inaguantable				
7 Caliente Quemazón Escaldado Quemadura	17 Difuso Irradiante Penetrante Que traspasa				
8 Punción Picazón Escorzo Picadura	18 Apretado Entumecido Estirante Abrumador Desgarrador				
9 Insensibilidad Sensibilidad Hiriente Dolorido Fuerte	19 Fresco Frio Helado				
10 Blando Tenso Aspero Terrible	20 Persistente Nauseabundo Agonizante Horroso Torturante				
	PPI: 0 Sin Dolor 1 Suave 2 Incómodo 3 Angustioso 4 Horrible 5 Agudísimo				

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO

- ESCALA DE CLASIFICACIÓN WAGNER-MERRIT

Para clasificar las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner-Merrit, 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.

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infeccionada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

- CLASIFICACIÓN DE SAINT ELIAN (SAINT ELIAN WOUND SCORE SYSTEM-SEWSS)

Esta clasificación fue desarrollada en México a partir del estudio de 235 sujetos diabéticos y dada a conocer en el año 2010 por Martínez de Jesús. Incluye 10 parámetros-variables englobados en tres dominios (anatomía, factores agravantes y afectación tisular).

REGIÓN ANATÓMICA		FACTORES AGRAVANTES	AFECCIÓN TISULAR
Localización (1-3) 1. Falanges/dedos 2. Metatarsal 3. Tarso		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	

Referencias bibliográficas

- *Biblioteca Virtual.* (2012). Obtenido de <http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/seguridad-del-paciente/accionesencial6/Escalas-de-valoracion-de-caidas.pdf>
- *Dr. Carlos Morales.* (s.f.). Obtenido de <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
- *Fernández, F. P.* (2008). *Scielo.* Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005
- *Hospital Universitario de Fuenlabra.* (s.f.). Obtenido de file:///C:/Users/Hp%20Pavilion/Downloads/escalas_de_evaluacion_del_dolorsubido.pdf
- *Neurocenter.* (s.f.). Obtenido de <https://neurocenter.mx/escala-caidas/>
- *Paz, M. M.* (29 de Enero de 2024). *Revista Médica.* Obtenido de <https://revistamedica.com/escala-riesgo-caidas-hendrich-2/>
- *salusplay.* (s.f.). Obtenido de <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-8-escalas-de-valoracion-upp>
- *Torre, H. G.* (2018). *Scielo.* Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400197
- *Úlceras fuera.* (s.f.). Obtenido de <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Meritt?idioma=es>