



SÚPER NOTA

Nombre del Alumno: Alicia Nayeli Díaz Martínez

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: 6to

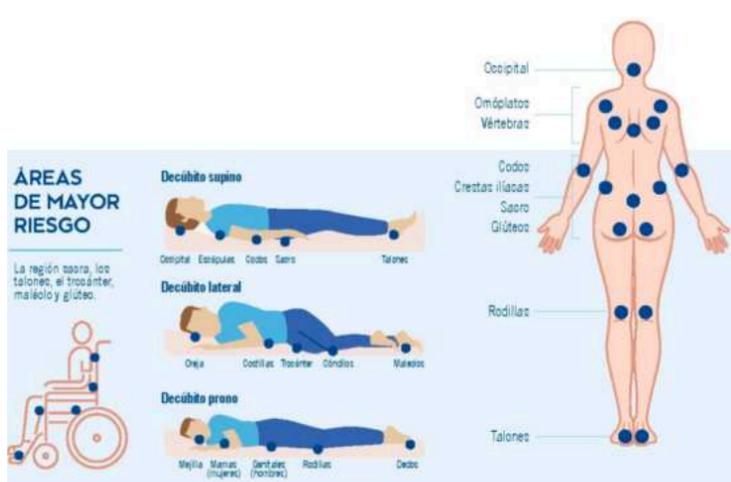
ESCALAS

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión o escaras es una lesión en la piel y tejidos por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo y se forma donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, talones, espalda y las caderas.

- Suele aparecer en personas con movilidad reducida, como en pacientes encamados o en sillas de rueda, debido a la presión constante en distintas partes del cuerpo.

Se desarrolla cuando se bloquea el suministro de sangre a un área del cuerpo porque hay una presión excesiva.



CAUSAS

- Presión: Puede disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos y puede causar necrosis.
- Fricción: Se produce cuando la piel roza contra la ropa o la ropa de cama.
- Razonamiento: Se produce cuando dos superficies se mueven en dirección opuesta.
- Humedad: Por sudor, incontinencia urinaria o heridas que pueda debilitar la piel

SÍNTOMAS

- Enrojecimiento.
- Picazón.
- Ampollas.
- Dolor intenso en la zona.
- Pérdida de grosor de la piel
- Fiebre.
- Mal olor de la herida.

PREVENCIÓN

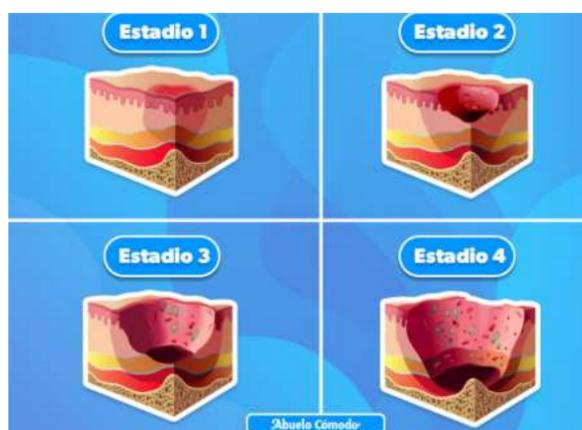
- Cambio frecuente de pañal, sabana y ropa.
- Vigilar zonas con dispositivos (sondas y catéter).
- Hidratación de la piel.
- Movilización se realiza cada 2 horas.
- Mantener cama ropa de cama limpia, seca y sin arruga.
- Buena alimentación.

COMPLICACIONES

- Celulitis.
- Cáncer.
- Infecciones óseas y articulares. Problema respiratorio.

Las úlceras por presión o escaras presenta cuatro grados o estadios .

1. La piel se conserva íntegra aunque eritematosa y al ejercer presión sobre ella no se blanquea.
2. Se presenta una úlcera superficial en forma de abrasión tanto de epidermis como dermis.
3. La piel empieza a perder grosor y el tejido subcutáneo y los músculos comienza a verse también afectados.
4. El grosor de la piel va siendo cada vez menor y quedan afectados también los tendones hasta llegar al hueso.



ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

La escala de Norton se desarrolló en la década de 1960 y se utiliza para evaluar el riesgo de que un paciente desarrolle úlceras por presión y su principal objetivo es prevenir la aparición de úlceras.

- Se utiliza generalmente en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos como en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria.

La escala de Norton Evalúa cinco factores importantes.

- **Estado físico general:** Evalúa la condición general del paciente, considerando enfermedades crónicas y el estado nutricional.
- **Estado mental:** Evalúa el nivel de conciencia y capacidad de respuesta del paciente, desde totalmente consciente hasta comatoso.
- **Actividad:** Analiza la capacidad del paciente para moverse, desde activo hasta completamente inmóvil.
- **Movilidad:** Observa la capacidad de paciente para cambiar de posición sin ayuda, desde sin limitaciones hasta completamente inmóvil.
- **Incontinencia:** Considera la presencia de incontinencia urinaria o fecal, ya que la humedad constante puede dañar la piel y aumentar el riesgo de úlceras.

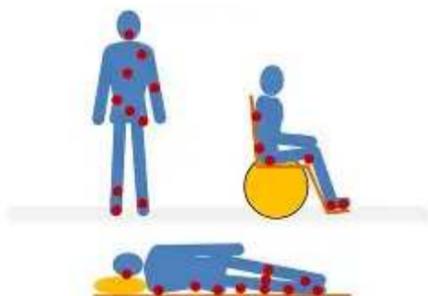
INTERPRETACIÓN

- Riesgo muy alto (5 a 9).
- Riesgo alto (10 al 12).
- Riesgo medio (13 al 14).
- Riesgo mínimo o sin riesgo (14).

APLICACIÓN DE LA ESCALA NORTON EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la práctica diaria, la escala de Norton se utiliza para realizar una evaluación inicial y continua del riesgo de úlceras por presión en pacientes neurológicos.

Esta evaluación es crucial en pacientes con enfermedades como el accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, el Parkinson avanzado y cualquier condición que implique una movilidad reducida.



ESCALA DE BRANDEN

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada • Nivel de conciencia • Sedación • No reacciona ante dolor • Capacidad sensitiva	Muy limitada • Reacciona solo ante estímulos dolorosos • No reconoce miembros • Déficit sensorial	Ligeramente limitada • Reacciona ante órdenes verbales • No siempre reconoce molestias • Alguna dificultad sensorial	Sin limitaciones • Responde a órdenes verbales • Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda • Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda • Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda • Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda • Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre • 0 o pocas, dieta líquida o suero • < 2	Probablemente inadecuada • 0 recibe menos que la cantidad mínima de una dieta líquida o por sonda • < 3	Adecuada • 0 recibe nutrición por sonda o por vía parenteral • > 3	Excelente • Come entre horas y no requiere suplementos • > 4
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema • Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	Problema potencial • Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente • Se mueve en la cama y en la silla con independencia	

La escala de de branden es una herramienta utilizada en el ámbito de la salud para evaluar el riesgo de lesiones de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada fue desarrollada en EEUU por Barbara Brande y Nancy Bergstrom en el año 1987 y evalúa seis criterios.

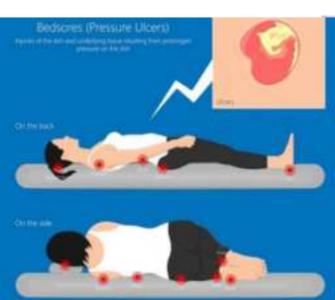
- Percepción Sensorial:** Evalúa la capacidad del paciente para sentir el dolor o incomodidad por la presión sobre la piel y los que padecen condiciones neurológicas no pueden percibir cuando su cuerpo está en una posición que podría dañar la piel.
- Exposición a la Humedad:** Mide el grado en que la piel está expuesta a la humedad que debilita la piel y hacerla más susceptibles a lesiones cutáneas.
- Actividad:** Se evalúa el nivel de actividad física del paciente en aquellos que están inmobilizados o que tiene actividad física reducida tienen mayor riesgo de úlceras por presión.
- Movilidad:** Se enfoca en la capacidad del paciente para cambiar de posición de forma independiente.
- Nutrición:** Estado nutricional del paciente es fundamental para reparar tejidos dañados.
- Fricción y Cizallamiento:** se refiere a la forma en que la piel se mueve sobre una superficie y la **fricción** ocurre cuando la piel se raspa contra una superficie como la (cama), mientras el **cizallamiento** ocurre cuando las capas internas de la piel se desplazan en dirección opuesta.

La puntuación total es de 6 a 23 . Cuanta mas baja sea la puntuación, mayor es el riesgo de desarrollar úlceras por presión.



INTERPRETACIÓN

- Riesgo bajo (15 puntos).
- Riesgo moderado (13 y 14 puntos).
- Riesgo alto (12 puntos).



La escala de branden permite a los profesionales de la salud identificar a los pacientes en riesgo y aplicar estrategias preventivas personalizadas, como el cambio frecuente de posición.

ESCALA DE ARNELL

VARIABLE	0	1	2	3
ESTADO MENTAL	DESPIERTO Y ORIENTADO	DESORIENTADO	LETARGICO	COMATOSO
INCONTINENCIA	NO	Ocasional nocturno o por stress	URINARIA SOLAMENTE	URINARIA E INTESTINAL
ACTIVIDAD	SE LEVANTA DE LA CAMA SIN PROBLEMAS	CAMINA CON AYUDA	SE SIENTA CON AYUDA	POSTRADO EN CAMA
MOVILIDAD	COMPLETA	LIMITACION LIGERA (EJ. PCTE CON ARTICULACIONES RIGIDAS)	LIMITACION IMPORTANTE (PARAPLEJICO)	INMOVIL (CUADRAPLEGICO O COMATOSO)
NUTRICION	COME DE FORMA SATISFACTORIA	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables	NO SUELE TOMAR COMIDA COMPLETA DESHIDRATADO INGESTA MINIMA DE LIQUIDOS	NO COME
ASPECTO DE LA PIEL	BUENA	AREA ENROJECIDA	PERDIDA DE CONTINUIDAD DE LA PIEL A NIVEL A NIVEL DE ULCERA GRADO I	EDEMA CON FOVEA DISCONTINUIDAD DE LA PIEL ULCERADA GRADO II
SENSIBILIDAD CUTANEA	PRESENTE	DISMINUIDA	AUSENTE EN EXTREMIDADES	AUSENTE

La escala de Arnell es una herramienta fundamental en la evaluación neurológica y la neurorrehabilitación y fue desarrollada con el objetivo de proporcionar un medio estandarizado y sistemático para evaluar el estado neurológico de los pacientes.

INTERPRETACIÓN

- Riesgo bajo (10 puntos).
- Riesgo moderado (10 y 14 puntos).
- Riesgo alto (15 a mas puntos).



1. Estado mental: Evalúa el nivel de conciencia del paciente, desde despierto y orienta hasta comatoso.

2. Incontinencia: Se evalúa la frecuencia de incontinencia urinaria e intestinal, doblando la puntuación si es urinaria e intestinal.



4. Movilidad: Evalúa la capacidad del paciente para cambiar de posición, desde completa limitada, doblando la puntuación si la movilidad es limitada.

5. Nutricional: Evalúa la ingesta de alimentos, desde satisfactoria hasta rechazo ocasional de alimentos.

3. Actividad: Evalúa La capacidad del paciente para moverse, desde levantarse sin problemas hasta estar postrado en cama, doblando la puntuación si es necesario.

6. Aspecto de piel: Evalúa la integridad de la piel , desde buena hasta la perdida de continuidad en caso de úlceras.



7. Sensibilidad cutánea : Evalúa la capacidad de sentir la piel, desde presente hasta ausente en extremidades o completamente ausente.

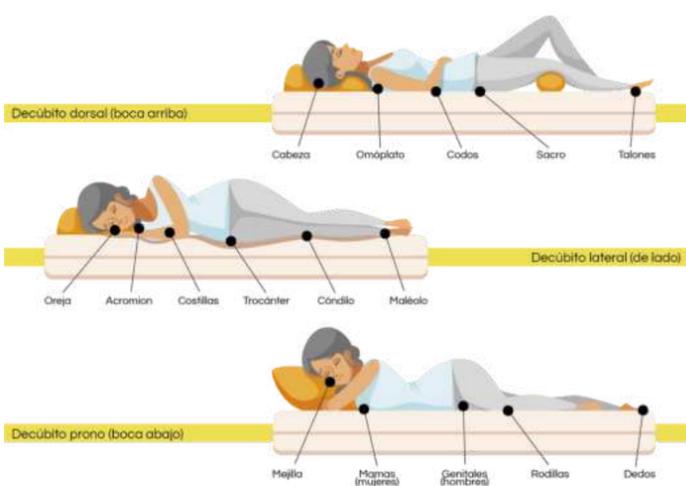


Objetivo principales

- Evaluar el estado inicial del paciente.
- Monitorizar el progreso del paciente.
- Guiar la intervención terapéutica.
- Centros de Neurorrehabilitación para planificar y evaluar los programas de rehabilitación integral.

La escala de Arnell también considera la neuro plasticidad, que es la capacidad del cerebro para reorganizarse y formar nuevas conexiones neuronales.

- La escala de Arnell permite la personalización del tratamiento.
- También la escala de Arnell no solo ayuda a medir la recuperación funcional sino que también contribuye a mejorar los resultados terapéuticos y la calidad de vida de los pacientes.



ESCALA NOVA 5

Puntos	Estado mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición. Ingesta	Actividad
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional/Limitada	Ligeramente Incompleta	Ocasionalmente con ayuda	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Urinaria o fecal Importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula siempre precisa ayuda
3	Coma	Urinaria o fecal	Inmóvil	No Ingesta Oral, Ni Enteral ni Parenteral superior a 72 H. y/o Desnutrición previa	No deambula Encamado

Actividad

- **Paciente que deambula:** Tiene deambulación autónoma y actividad completa.
- **Paciente que deambula con ayuda:** Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas, etc.)
- **Paciente que siempre precisa ayuda:** No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular.
- **Paciente encamado:** No puede deambular.

Está encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

- 0 puntos: sin riesgo.
- De 1 a 4 puntos: riesgo bajo.
- De 5 a 8 puntos: riesgo medio.
- De 9 a 15 puntos: riesgo alto.



Evalúa 5 criterios

Estado mental

- **Paciente consciente o alerta:** Es aquel paciente que está orientado y consciente. Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo. Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- **Paciente desorientado:** Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio. Puede estar apático. No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita nuestra ayuda. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- **Paciente letárgico:** Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No responde a órdenes verbales pero puede responder a algún estímulo. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo. También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.
- **Paciente inconsciente o comatoso:** Es aquel paciente que tiene pérdida de conciencia y de sensibilidad. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.

Incontinencia

- **Paciente continente:** Es aquel paciente que tiene control de esfínteres. Puede ser portador de sondaje vesical permanente.
- **Paciente con incontinencia ocasional:** Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado. Puede llevar un colector urinario.
- **Paciente con incontinencia urinaria o fecal:** Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.
- **Paciente con incontinencia urinaria y fecal:** Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.

Movilidad

- **Paciente con movilidad completa:** Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total. El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.
- **Paciente con limitación ligera en la movilidad:** Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda je nasogástrico, férulas, yesos, etc.). No necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente con limitación importante de la movilidad:** Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sondas nasogástrica, etc.) como por causas propias (AVC, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejias, etc.), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.
- **Paciente inmóvil o encamado 24 horas:** Es aquel paciente que tiene disminuida al máximo su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse. Es completamente dependiente.

Nutrición

- **Paciente con nutrición correcta:** Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido éste como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal. Puede ser por: Comer siempre la dieta pauta; lleva nutrición enteral o parenteral adecuada y está en ayunas menos de 3 días para pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica o causa similar.
- **Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta:** Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso. Puede ser por: Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral.

ESCALA EMINA

Escala que evalúa el nivel de riesgo de desarrollar úlceras por presión

Parámetro	0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
ESTADO MENTAL	Orientado	Desorientado o apático	Letárgico o hipercinético	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

Interpretación:

- Sin riesgo: 0 puntos
- Riesgo bajo: 1 - 3 puntos
- Riesgo medio: 4 - 7 puntos
- Riesgo alto: 8 - 15 puntos

Es una herramienta para evaluar el riesgo de úlceras por presión en los pacientes hospitalizados, especialmente en las unidades de cuidados intensivos.

Esta escala de Emina se basa en la escala Norton, que fue la primera escala de evolución del riesgo de úlceras de presión.

La escala de Emina tiene cinco parámetros que se valoran de 0 a 3 puntos cada uno, según el estado del paciente son.

1. **Estado mental:** Se refiere al nivel de conciencia y cooperación del paciente. Se puntúan con 0 si el paciente está alerta y orientado, con 1 si está confuso o desorientado, con 2 si está inconsciente o en coma.
2. **Movilidad:** Se refiere a la capacidad del paciente para cambiar de posición o desplazarse.
3. **Humedad:** Se refiere al grado de humedad de la piel del paciente, que puede favorecer la aparición de úlceras.
4. **Nutrición:** Se refiere al estado nutricional del paciente, que influye en la salud de la piel y la capacidad de cicatrización. Se puntúa con 0 si el paciente tiene una dieta correcta, con 1 si tiene una dieta ocasional o desequilibrada con 2 si tiene una dieta incompleta y con 3 si tiene una dieta no deambulada.
5. **Actividad:** Evalúa la capacidad del paciente para realizar actividades, considerando la movilidad y el nivel de actividad.

ESCALA DE 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.



La escala de Waterlow es una pantalla rápida y fácil de usar que proporciona información predictiva sobre el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

INTERPRETACIÓN

- Bajo riesgo (0-10).
- Riesgo alto (15).
- Riesgo muy alto (20 a más).



RIESGO DE CAÍDAS



Es una herramienta de evaluación utilizada en medicina para identificar y medir el riesgo que tiene una persona de sufrir una caída.

Estas escalas son especialmente importantes en el cuidado de personas mayores o pacientes con circunstancia médicas que pueden aumentar su predisposición a las caídas.

ESCALA DE MORSE

La Escala de Morse evalúa seis variables clave, cada una con una puntuación específica que suma a un total que determina el nivel de riesgo de caída del paciente:

- 1. Historial de caídas:** Se verifica si el paciente ha tenido una caída en los últimos tres meses.
- 2. Diagnóstico secundario:** Se revisa si el paciente tiene más de un diagnóstico médico activo.
- 3. Ayudas para la deambulación:** Se observa si el paciente utiliza dispositivos de ayuda para caminar, como muletas, bastón o andador.
- 4. Terapia intravenosa (IV) o salina hepática:** Se verifica si el paciente está recibiendo terapia intravenosa.
- 5. Marcha/transferecia:** Se evalúa cómo el paciente se mueve, clasificándolo en normal, débil o inestable.
- 6. Estado mental:** Se determina si el paciente es consciente de sus limitaciones físicas y cognitivas.

1-	Antecedentes de caídas	No	0	Riesgo Bajo Hasta 24
		Si	25	
2-	Diagnóstico secundario	No	0	Riesgo Medio 25 de 44
		Si	15	
3-	Ayuda para deambular		0	Riesgo Alto 45 y más
	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		0	
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15	
	Alterada requiere asistencia		30	
6-	Conciencia / Estado mental		0	
	Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones		15	

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCIÓN
Sin riesgo	0 - 24	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo Bajo	25 - 50	Implementar plan de prevención de caídas estándar
Riesgo Alto	≥ 51	Implementar medidas especiales

ESCALA DE DOWNTON

Evalúa cinco dimensiones clave.

- 1. Caídas previas:** Para evaluar al paciente se tiene que tomar en cuenta el historial de caídas de los últimos 12 meses.
- 2. Medicamentos:** Se valoran los fármacos que de alguna manera pueden fomentar el riesgo de caídas. Otros medicamentos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generación.
- 3. Déficits sensoriales:** Por otra parte, la falta de visión o auditiva aumentan el riesgo de caídas. Afectaciones en las extremidades como amputaciones y/o intervenciones quirúrgicas hacen que se sumen puntos de riesgo y aumente el riesgo de sufrir una caída. Al igual que enfermedades que alteran la marcha como un ictus.
- 4. Estado mental:** Un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo influye, y en gran medida, ya que pueden tener tres veces más riesgo de caerse que personas orientadas.
- 5. Deambulación:** Se refiere en que las personas se mueve, y si tiene problemas de equilibrio o utilizan dispositivos de ayuda (bastones, muletas, entre otros).

CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepressivos, 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 TINETTI

Componentes Escala de Tinetti

Equilibrio: Evalúa estabilidad del paciente mientras está sentado, de pie, y durante el proceso de levantarse y sentarse en una silla. Se observan las reacciones de equilibrio cuando el paciente es empujado ligeramente desde diferentes direcciones.

Marcha: Analiza aspectos relacionados con la calidad de la marcha, como la longitud y altura de los pasos, la simetría, la fluidez, y la continuidad del movimiento. Se valora si el paciente necesita o no ayuda para caminar.

Evaluación del equilibrio

- ✓ Equilibrio al estar sentado
- ✓ Levantarse de la silla
- ✓ Intento inmediato al levantarse
- ✓ Equilibrio en posición de pie (30 segundos)
- ✓ Equilibrio con ojos cerrados
- ✓ Equilibrio con una leve empujada desde el esternón
- ✓ Giro de 360 grados
- ✓ Sentarse

Evaluación de la marcha

- ✓ Iniciación de la marcha
- ✓ Longitud y altura del paso
- ✓ Simetría del paso
- ✓ Fluidez del paso
- ✓ Trayectoria de la marcha
- ✓ Tronco durante la marcha
- ✓ Distancia entre pies

- 1. Marcha:** Analiza aspectos relacionados con la calidad de la marcha, como la longitud y altura de los pasos, la simetría, la fluidez, y la continuidad del movimiento. También se valora si el paciente necesita o no ayuda para caminar.

La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.



La escala de Movilidad de Tinetti, también conocida como el Test de Tinetti, es una herramienta clínica diseñada para evaluar el equilibrio y la marcha de una persona, especialmente en adultos mayores. Esta prueba, ampliamente utilizada en geriatría y rehabilitación, ayuda a identificar a las personas con mayor riesgo de caídas, un problema grave que afecta la calidad de vida y la autonomía en este grupo poblacional.

Se divide en dos

- 1. Equilibrio:** Evalúa la estabilidad del paciente mientras está sentado, de pie, y durante el proceso de levantarse y sentarse en una silla. También se observan las reacciones de equilibrio cuando el paciente es empujado ligeramente desde diferentes direcciones.

INTERPRETACIÓN

- Puntuación entre 25 y 28: Bajo riesgo de caídas.
- Puntuación entre 19 y 24: Riesgo moderado de caídas.
- Puntuación menor de 19: Alto riesgo de caídas.

ESCALA HEINDRICH

Pirámide de Heinrich



La Escala de Heinrich, también conocida como la Pirámide de Heinrich o la Pirámide de Bird, evalúa la relación entre incidentes, accidentes y lesiones en un entorno de trabajo.

- La teoría establece que por cada accidente fatal, hay un número determinado de accidentes graves, leves e incidentes.

ESCALA DEL DOLOR

Es una herramienta ampliamente utilizada en el ámbito médico que permite medir la intensidad del dolor que siente el paciente.

Se utiliza para ayudar a los médicos a evaluar la gravedad del dolor, determinar la causa y elegir el tratamiento más adecuado.



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.



Esta escala Evaluación del dolor permite establecer un total de tres niveles de dolor.

- < 4: los valores inferiores a 4 señalan que la intensidad del dolor que sufre el paciente es leve o moderada.
- 4 - 6: si el paciente señala un área de la escala EVA entre 4 y 6 centímetros, quiere decir que su dolor oscila entre moderado y grave.
- 6: cuando la evaluación del dolor es mayor a 6, el paciente se encuentra en una situación grave, muy grave, e incluso insoportable.

La principal función de la EVA es proporcionar una medida unidimensional de la intensidad del dolor, permitiendo así registrar su progresión en el tiempo o comparar la severidad entre pacientes.

INTERPRETACIÓN

- Sin dolor: 0–4 mm.
- Dolor leve: 5–44 mm.
- Dolor moderado: 45–74 mm.
- Dolor severo: 75–100 mm.

ESCALA NUMÉRICO VERBAL (ENV)

La evaluación del riesgo de caídas permite determinar la probabilidad de caerse. Se suele hacer a personas mayores y por lo general incluye: Evaluación inicial: Consiste en una serie de preguntas sobre su salud general, si se ha caído antes o si ha tenido problemas con el equilibrio, para estar de pie o para caminar.

Esta es la más común cuando entras en la consulta y el médico te pregunta: "Del 1 al 10 dime ¿cuánto te duele?"

En esta escala numérica del dolor, el paciente puntúa del 1 al 10 su grado de dolor.

Se divide en cuatro grupos

- 0 -> ausencia de dolor.
- 1 - 3 -> Dolor suave.
- 4 - 6 -> dolor moderado.
- 7 - 10 -> Dolor muy intenso, el peor dolor imaginable.



INTERPRETACIÓN

LEVE	1-3
MODERADO	4-6
SEVERO	7-10

ESCALA NUMÉRICA VERBAL:

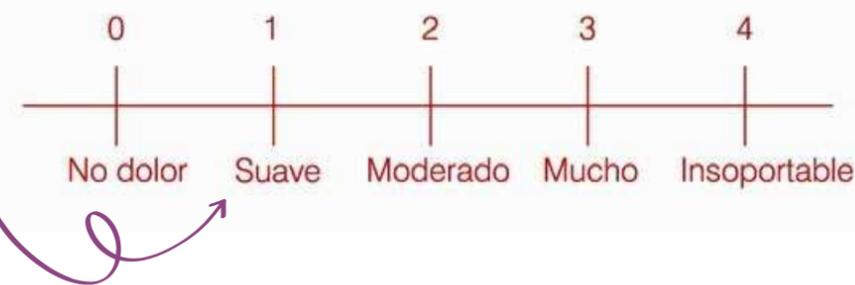
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = Ausencia de dolor 10 = Peor dolor imaginable

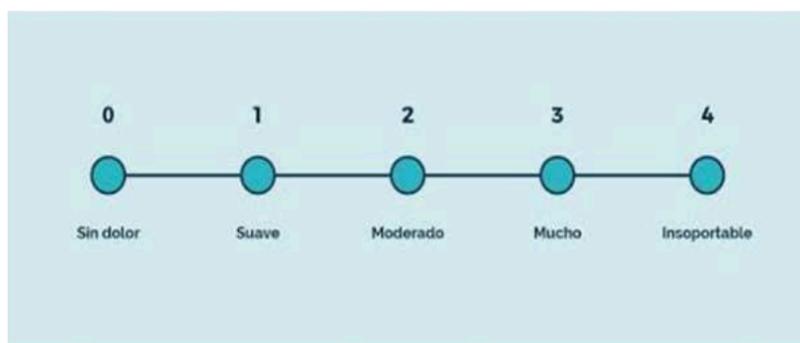
ESCALA VERBAL SIMPLE

La escala verbal, es conocida como descriptiva simple, fue descrita por Keele en 1948, (utiliza varios adjetivos o descriptores) aunque admite variantes. Son escalas tipo Likert, en las cuales el sujeto debe elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor.

- En la escala verbal simple el paciente elige la palabra que mejor define el grado de intensidad de su dolor, cada palabra tiene un valor numérico, el cual permite la cuantificación y el registro del dolor del paciente.



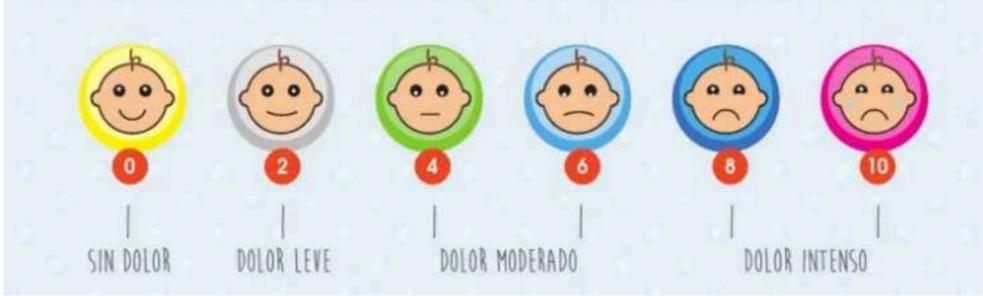
Habitualmente, se asocia a cada palabra un valor numérico (0, 1, 2, 3, 4...) para cuantificarlo y registrarlo.



Tipo escala	Características	Numeración Interpretación
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.	Sin dolor Máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
Escala visual analógica de intensidad	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.	0 = nada 10 = insoportable
Escala visual analógica de mejora	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total.	0 = no mejora 10 = mejora

ESCALA DE EXPRESIONES FACIALES (EFF)

Escala facial de dolor de Wong-Baker



La Escala de Expresión Facial de Dolor es una herramienta ampliamente utilizada en el campo de la medicina y la investigación clínica para evaluar y medir la intensidad del dolor en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, como niños pequeños, personas con discapacidades cognitivas o pacientes sedados.

En este caso se utilizan iconos de caras con distintas expresiones faciales para marcar los niveles de dolor, las cuales van desde una cara sonriente, que sería la ausencia del dolor, a una cara llorando, que sería la expresión de dolor agónico.

Se utiliza mucho con niños ya que no saben expresar el dolor igual que un adulto y este tipo de escala visual del dolor resulta muy útil para comunicarse con ellos.

Estas son las 4 escalas del dolor

- 1. Escala Visual Analógica (EVA):** Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros donde el paciente marca el punto que representa su nivel de dolor, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor máximo imaginable.
- 2. Escala Numérica:** En esta escala, el paciente asigna un número del 0 al 10 para indicar la intensidad de su dolor, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible.
- 3. Escala Verbal:** En esta escala, el paciente elige entre una serie de palabras que describen el dolor, como «leve», «moderado» o «severo», para expresar su nivel de dolor.
- 4. Escala de Wong-Baker:** Utilizada especialmente en niños, esta escala consiste en imágenes de caras que van desde una sonrisa feliz hasta un llanto desconsolado, permitiendo al niño señalar la cara que mejor representa su dolor.

ESCALAS DE VALORACIÓN PARA PIE DIABÉTICO

La escala de Wagner evalúa la gravedad de las úlceras en el pie diabético.



Sistema de clasificación del 0 al 5 para determinar el riesgo de amputación y la gravedad de la lesión.

Cada nivel de la escala describe un grado específico de lesión y cada nivel de la escala describe un grado específico de lesión, desde una piel intacta (grado 0) hasta una gangrena (grado 5).

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. Infectada.
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.

INTERPRETACIÓN

- **Grado 0:** Piel intacta.
- **Grado 1:** Úlcera superficial, que afecta la capa externa de la piel.
- **Grado 2:** Úlceras profunda, que involucra tendones, ligamentos etc.
- **Grado 3:** Úlcera profunda con absceso.
- **Grado 4:** Gangrena localizada en los dedos del pie o en una parte del pie.
- **Grado 5:** Gangrena completa del pie.



ESCALA DE SAN ELIÁN

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

La escala de san Elián evalúa

- Localización de la herida: Donde se encuentra la úlcera (digital, metatarsal, tarsal).
- Localización topográficos: Si afecta la planta o el dorso, o los aspectos medial o lateral del pie.
- Factores agravantes: Presencia de isquemia, infección, edema y neuropatía.
- Afectación tisular: Profundidad, área de la úlcera y fase de cicatrización entre otros.

INTERPRETACIÓN DE LA PUNTACIÓN

- Leve (10 puntos).
- Moderado (11-20 puntos).
- Severo (21-30 puntos).

ESCALA TEXAS

PIE DIABÉTICO (CLASIFICACION DE TEXAS)

Evalúa la gravedad de las lesiones en el piel diabético.

- Profundidad de la herida.
- presencia de infección
- Enfermedad oclusiva arterial periférica

ESTADIOS	GRADOS			
	0	I	II	III
A	Lesión pre o post - ulcerada completamente epitelizada.	Herida superficial que no involucra tendón, capsula o hueso.	Herida penetrante a tendón o capsula.	Herida penetrante a hueso o articulación.
B	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO
C	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO
D	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO	INFECTADO e ISQUÉMICO

- Estado A (Heridas limpias):** Heridas sin infección ni isquemia.
- Estado B (Heridas infectadas no isquémicas):** Heridas con infección pero sin isquemia.
- Estado C (Heridas isquémicas, no infectadas):** Heridas con isquemia pero sin infección.
- Estado D (Heridas isquémicas e infectadas):** Heridas con presencia de ambos factores (isquemia e infección).

Las 10 características de la herida que querrá tener en cuenta incluyen:

- Tamaño de la herida
- Profundidad de la herida
- Aspecto de la base de la herida
- Presencia de tractos sinusales
- Sonda al hueso
- Cantidad de tejido granular frente a tejido fibrótico o disvascular
- Drenaje
- Signos de infección
- Evaluación de estructuras expuestas como tendones y huesos
- Componente vascular

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clasificación de las úlceras del pie diabético. (6 Junio de 2023). Wound Care. Obtenido de <https://blog.wcei.net/wagner-scale>
2. Escala de Braden. (28 de Enero de 2019). *Enfermería Creativa*. Obtenido de <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>
3. Escala de Arnell. (13 de junio de 2024). *neurocenter*. Obtenido de <https://neurorehabilitacion.mx/escala-arnell/>
4. Escala de Braden. (19 de Julio de 2024). *UNADE*. Obtenido de <https://unade.edu.mx/escala-de-braden/>
5. Escala de caídas de morse. (s.f.). *Crepatron*. Obtenido de <https://www.carepatron.com/es/templates/morse-fall-scale>
6. Escala de Downton. (8 de Julio de 2019). *Enfermería Creativa*. Obtenido de <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/>
7. Escala de Morse. (17 de Abril de 2024). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/723815190/Escala-de-Morse>
8. Escala de Norton. (s.f.). *uDocz*. Obtenido de <https://www.udocz.com/apuntes/543340/escala-de-norton>
9. Escala del dolor. (s.f.). *Doctor Carlos Morales*. Obtenido de <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
10. Escala Emina. (s.f.). *Escala Médicas*. Obtenido de <https://escalasmedicas.es/escala/escala-emina/>
11. Escala pie diabetico. (s.f.). *úlceras fuera*. Obtenido de <https://ulcerasfora.segas.gal/Informacion/Escala-Warner-Merri?idioma=es>
12. Escala Tinetti para el equilibrio y la marcha. (20 de Marzo de 2024). *Sanitas*. Obtenido de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-tinetti>
13. Escala Waterlow. (4 de Abril de 2024). *Neurocenter*. Obtenido de <https://neurocenter.mx/escala-waterlow/>
14. Escalas de valoración UPP. (s.f.). *Salusplay*. Obtenido de <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-8-escalas-de-valoracion-upp>

15. Evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión. (Mayo de 2021). *NPunto*. Obtenido de <https://www.npunto.es/revista/38/evaluacion-del-riesgo-de-desarrollar-ulceras-por-presion>
16. Que es la escala de Norton. (7 de Agosto de 2024). *neurocenter*. (G. F. Roldán, Productor) Obtenido de <https://neurocenter.mx/escala-norton/>
17. Qué son las úlceras por presión. (5 de Abril de 2025). *Sanitas*. Obtenido de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/escala-norton-ulceras>
18. Úlceras por presión. (Enero de 25 de 2023). *Slideshare*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/slideshow/ulceras-por-presion-255530798/255530798>
19. Úlceras por presión escalas. (s.f.). *Úlceras.net*. Obtenido de <https://ulceras.net/monografico/111/99/ulceras-por-presion-escalas.html>