



# 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

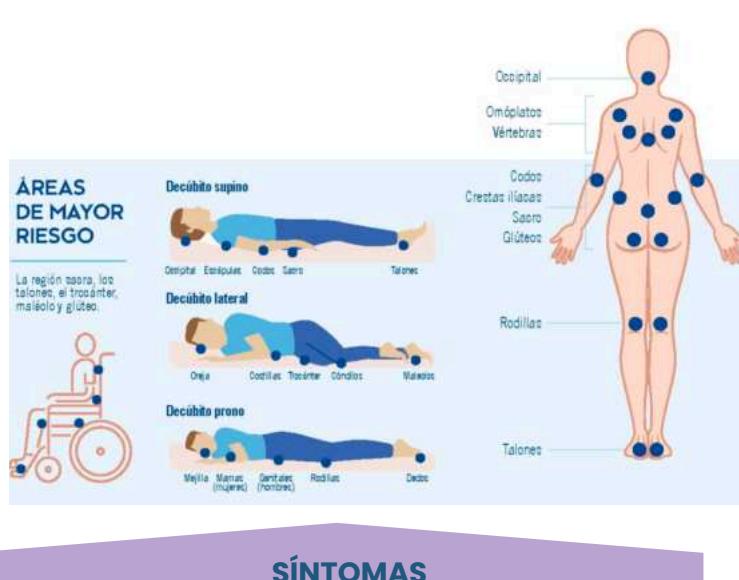
# ESCALAS

## 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

### 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.

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

1. La piel se conserva intacta 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.

### SÍNTOMAS

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

### COMPLICACIONES

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



## 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

### INTERPRETACIÓN

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

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.



### 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.

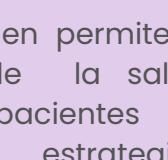
Esta evaluación es crucial en pacientes con enfermedades como el accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, el Parkinson avanzado y cualquier condición que implique una movilidad reducida.



# ESCALA DE BRANDEN

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia: Sedación No responde ante dolor + Capacidad sensitiva	Muy limitada Responde ante estímulos dolorosos No responde ante dolor Deficit sensorial	Ligeramente limitada Responde ante órdenes verbales No siempre comprende molecular 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 el paciente 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	Seambula ocasionalmente	Seambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	May pobre 0 apuradas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada 0 rechaza comidas que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG	Adeuada 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido	Problema potencial Se mueve muy débilmente y requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente	Se mueve en la cama y en la silla con independencia

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



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.

La escala 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 Bränden y Nancy Bergstrom en el año 1987 y evalúa seis criterios.

**1. 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.

**2. 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.

**3. Actividad:** Se evalúa el nivel de actividad física del paciente en aquellos que están inmovilizados o que tiene actividad física reducida tienen mayor riesgo de úlceras por presión.

**4. Movilidad:** Se enfoca en la capacidad del paciente para cambiar de posición de forma independiente.

**5. Nutrición:** Estado nutricional del paciente es fundamental para reparar tejidos dañados.

**6. 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.

## INTERPRETACIÓN

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



# ESCALA DE ARNELL

VARIABLE	0	1	2	3
ESTADO MENTAL	DESPERIERTO 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 (PARAPLEGICO)	INMOVIL (CUADRAPILEGICO 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	PRESENTES	DISMINUIDA	AUSENTES EN EXTREMIDADES	AUSENTES

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).

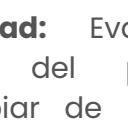


**3. Actividad:** Evalúa la capacidad del paciente para moverse, desde levantarse sin problemas hasta estar postrado en cama, doblando la puntuación si es necesario.

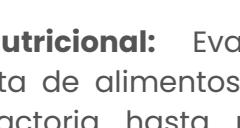
**6. Aspecto de piel:** Evalúa la integridad de la piel, desde buena hasta la perdida de continuidad en caso de úlceras.



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



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



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

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



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

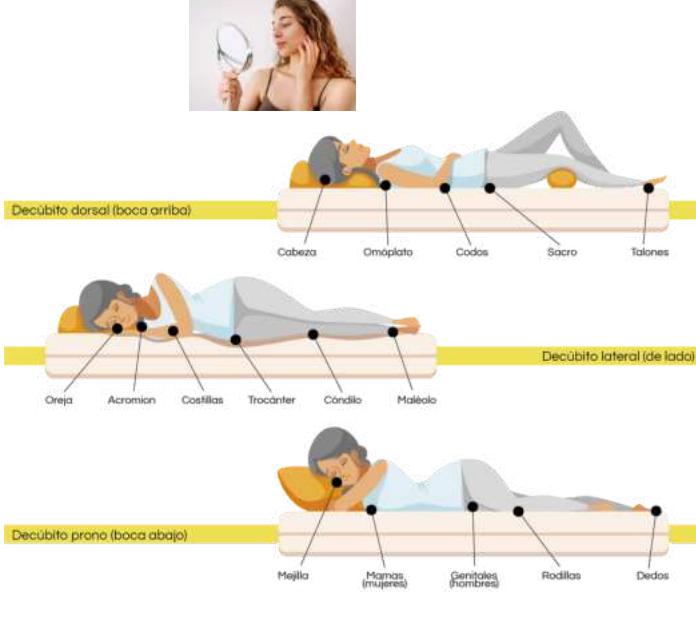


## Objetivo principales

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

La escala de Arnell también considera la neuroplasticidad, 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

## 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 hiperkinéticos 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, sondaje 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, paraplejia, 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 pautada; 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.

### 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 períodos 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.



# 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 hiperkinético	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 valora 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 ≥ 10 riesgo.

Definición de términos: no tiene definición operativa de términos.

Fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que encontró que la escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que presentaban úlceras.

### Evalúa los factores

- Relación talla/peso.
- Continencia:
- Aspecto de la piel: Evalúa el aspecto y la integridad de la piel del paciente especialmente en áreas de riesgo.
- Movilidad: Considera que la capacidad del paciente para moverse de forma independiente o con asistencia es importante.
- Edad/sexo: Se evalúa factores como edad y el sexo del paciente, ya que la edad puede afectar la integridad de la piel y el sexo puede influir en la distribución de grasa.
- Apetito: Se evalúa el apetito y la ingesta de alimentos del paciente para determinar su estado nutricional.



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 médica 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/transferencia:** 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 Sí 25	RIESGO BAJO
2- Diagnóstico secundario	No 0 Sí 15	Hasta 24
3- Ayuda para deambular Reposo en cama / Asistencia de enfermería Bastón / Muletas / Andador Se apoya en los muebles	0 15 30	RIESGO MEDIO
4- Vía venosa	No 0 Sí 20	25 de 44
5- Marcha Normal / Inmovilizado / Reposo en cama Débil Alterada requiere asistencia	0 15 30	RIESGO ALTO
6- Conciencia / Estado mental Consiente de sus capacidades y limitación No consiente de sus limitaciones	0 15	45 y más

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, 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 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



### Evaluación del equilibrio

### Evaluación de la marcha

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.

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.



## 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 insosportable, 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.



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. Esta herramienta

#### 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)

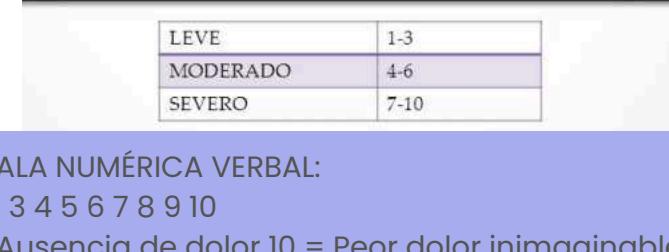
La evaluación del riesgo de caídas permite determinar la probabilidad de caerse. Se suele hacer a personas mayores y por lo general incluye: Evaluación inicial: Consiste en una serie de preguntas sobre su salud general, si se ha caído antes o si ha tenido problemas con el equilibrio, para estar de pie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



#### ESCALA NUMÉRICA VERBAL:

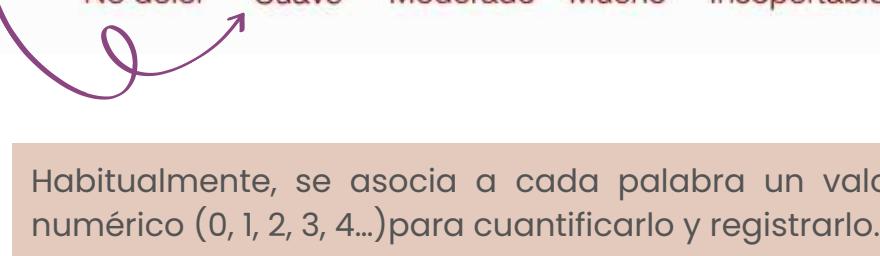
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = Ausencia de dolor 10 = Peor dolor inimaginable

### 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 (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se obtiene una alta o muy bajas intensidades y en el centro la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide en centímetros o milímetros. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad del síntoma. Se elige la menor o la que mejor evita la otra.	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas, lo que resulta más sencillo; expresa la intensidad en categorías, lo que es equivalente numérico.	0 (nada) 4 (bastante) 10 (mucho)
Escala visual del dolor intenso	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el extremo el mayor dolor imaginable.	0 = nada 10 = insoportable
Escala visual de mejoría	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la mejoría y en el derecho la mejoría total.	0 = mejoría 10 = mejoría

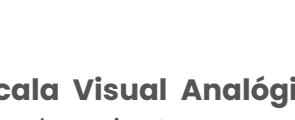


# ESCALA DE EXPRESIONES FACIALES (EFF)

## Escala facial de dolor de Wong-Baker

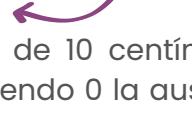


La Escala de Expresión Facial de Dolor es una herramienta ampliamente utilizada en el campo de la medicina y la investigación clínica para evaluar y medir la intensidad del dolor en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, como niños pequeños, personas con discapacidades cognitivas o pacientes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

### Escala de Wagner

Normalmente 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 nos darán información sobre la **gravedad, profundidad, infección y gangrena**.

Se trata de una escala hetero-administrada que valora y clasifica las lesiones de los pies en personas diabéticas. A mayor grado, mayor gravedad de la lesión.



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 profundas, 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
<b>1. Localización de la herida primaria</b>		
Falanges	Metatarsal	Tarsal
<b>2. Localización topográfica</b>		
Dorsal o plantar	Lateral o medial	Dos o más
<b>3. Número de zonas afectadas (ver 1)</b>		
Una	Dos	Tres
<b>4. Isquemia (0 puntos: Sin isquemia, sin signos ni síntomas, pulsos pedio y/o tibial posterior (TP) palpables, o ITB 0.90-1.2)</b>		
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**
<b>5. Infección (0 puntos: sin signos de infección)</b>		
Eritema <2 cm, descarga purulenta, caliente, doloroso	Eritema >2 cm, infección en músculo, tendón, articulaciones o hueso	SIRS***, hiperglicemia o hipoglucemía secundaria
<b>6. Edema (0 puntos: sin edema)</b>		
Alrededor de la herida	Un pie o una pierna	Bilateral, secundaria a comorbilidades
<b>7. Neuropatía (0 puntos: sin neuropatía)</b>		
Sensibilidad protectora disminuida a monofilamento o diáspón de 128 Hz	Sensibilidad protectora ausente a monofilamento o diáspón de 128 Hz	Pie de Charcot o Neurosteoartropatía diabética
<b>8. Área</b>		
Pequeña (<10 cm <sup>2</sup> )	Mediana (10-40 cm <sup>2</sup> )	Grande (>40 cm <sup>2</sup> )
<b>9. Profundidad</b>		
Superficial (piel)	Tendones, fascia, músculos	Articular, huesos
<b>10. Etapa de Cicatrización</b>		
Epitelización	Granulatoria	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		(CLASIFICACIÓN DE TEXAS)			
ESTADIOS	GRADOS				
	0	I	II	III	
<b>A</b>	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>B</b>	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO	INFECTADO	
<b>C</b>	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	ISQUÉMICO	
<b>D</b>	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:

- 1.Tamaño de la herida
- 2.Profundidad de la herida
- 3.Aspecto de la base de la herida
- 4.Presencia de tractos sinusales
- 5.Sonda al hueso
- 6.Cantidad de tejido granular frente a tejido fibrótico o disvascular
- 7.Drenaje
- 8.Signos de infección
- 9.Evaluación de estructuras expuestas como tendones y huesos
- 10.Componente vascular

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCA

1. Clasificación de las úlceras del pie diabético. (6 Junio de 2023). *Wound Care*. Obtetenido de <https://blog.wcei.net/wagner-scale>
2. Escala de Branden. (28 de Enero de 2019). *Enfermeria 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 Branden. (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.crepatron.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.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Merrit?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 ulceras 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>