



# Súper Nota

**Nombre del Alumno:** Valeria Vicente Sasso

**Nombre del Tema:** Escalas

**Parcial:** 1

**Nombre de la Materia:** Práctica Clínica de Enfermería 1

**Nombre del Profesor:** Mariano Walverto Balcázar Velasco

**Nombre de la Licenciatura:** Enfermería

**Cuatrimestre:** 6°

**Pichucalco, Chiapas; 20 de mayo del 2025**

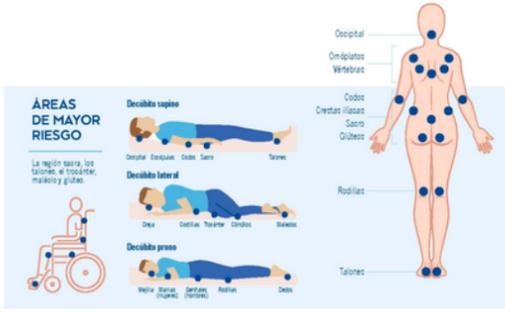
# ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Las úlceras por presión (UPP), también llamadas úlceras de decúbito o escaras, son lesiones en la piel y tejidos subyacentes causadas por presión prolongada sobre la piel.

Las Escalas de Úlceras por Presión (UPP) son herramientas utilizadas para evaluar el riesgo de desarrollar UPP en pacientes.

## Causas

Se desarrollan cuando la presión sobre la piel es constante y prolongada, especialmente en personas con movilidad limitada o que permanecen mucho tiempo en la misma posición.



## Objetivo de las Escalas

Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP en base a la presencia de factores de riesgo.

Proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas en función del nivel de riesgo.

Clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo, con fines de estudios epidemiológicos y/o de efectividad.

## ESCALA DE BRADEN

La Escala de Braden es una herramienta para evaluar el riesgo de Úlceras por Presión en pacientes postrados o con movilidad limitada.

Evalúa seis parámetros clave que influyen en la aparición de estas lesiones:

Se basa en la Fisiopatología de estas úlceras, que son lesiones en la piel y tejidos subcutáneos causadas por la presión prolongada o intensa.

### Puntuación y clasificación

Cada criterio se puntúa de 1 a 4, excepto en el caso de fricción y cizallamiento, que se puntúa de 1 a 3.

Una puntuación total más baja indica un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión.

### Percepción Sensorial



Evalúa la capacidad del paciente para percibir dolor o presión.

### Exposición a la Humedad



Considera la exposición de la piel a la humedad.

### Interpretación de la puntuación

- Riesgo bajo: 15-18.
- Riesgo moderado: 13-14.
- Riesgo alto: 10-12.
- Riesgo muy alto: Menos de 9.

### Actividad



Evalúa el grado de actividad física del paciente.

### Movilidad



Determina la capacidad del paciente para cambiar de posición y aliviar la presión sobre la piel.

### Nutrición



Considera la condición nutricional del paciente, ya que una nutrición deficiente puede comprometer la salud de la piel.

### Fricción/Cizallamiento



Evalúa el riesgo de fricción y cizallamiento de la piel debido a movimientos o posiciones.

Esta Escala fue desarrollada en EEUU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985.

Escala de Braden				
para la predicción del riesgo de úlceras por presión				
	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada • No puede sentir dolor • No puede sentir calor • Capacidad sensorial deficiente	Muy limitada Responde solo a estímulos dolorosos No responde a estímulos térmicos Déficit sensorial	Ligeramente limitada Responde solo a estímulos dolorosos No responde a estímulos térmicos Déficit sensorial	Sin limitaciones Responde a estímulos dolorosos Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el 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	Desahogado ocasionalmente	Desahogado frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre El paciente gana peso o pierde peso > 15 libras en los últimos 30 días	Probablemente inadecuada El paciente gana o pierde peso entre 10 y 15 libras en los últimos 30 días	Adecuada El paciente gana o pierde peso entre 5 y 10 libras en los últimos 30 días	Excelente Como entre normal y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Requiere de moderado a máxima asistencia para moverse	Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de máxima asistencia	No existe problema aparente	Se mueve en la cama y en la silla con independencia
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>RIESGO UPP</b></span> <span><b>ALTO = &lt; 12 PUNTOS</b></span> <span><b>MODERADO = 13 - 14 PUNTOS</b></span> <span><b>BAJO = 15-16 PUNTOS (si &lt; 75 años)</b></span> <span><b>15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)</b></span> </div>				

## ESCALA DE NORTON

La Escala de Norton se utiliza principalmente en pacientes encamados o con movilidad reducida.

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.

### Estado físico



Se evalúa la condición general del paciente, incluyendo su nutrición, peso y estado de salud.

### Estado Mental



Se considera la capacidad del paciente para comprender y colaborar con los cuidados.

### Actividad



Se evalúa la capacidad del paciente para moverse y cambiar de posición.

### Movilidad



Se analiza la capacidad del paciente para moverse libremente o si está restringido a una cama.

### Incontinencia

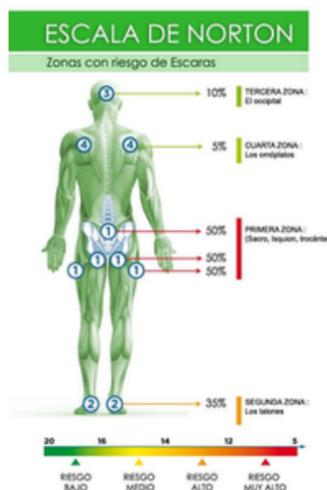


Se evalúa la presencia de incontinencia urinaria o fecal, ya que la humedad puede aumentar el riesgo de UPP.

## Interpretación de la puntuación

- Cada factor se puntuá del 1 al 4, siendo 1 el nivel de mayor riesgo y 4 el de menor riesgo.
- La suma de las puntuaciones de los cinco factores determina la puntuación total de la escala.

- Alto riesgo (5-11 puntos).
- Riesgo evidente (12-14 puntos).
- Riesgo moderado (15-17 puntos).
- Riesgo bajo (18-20 puntos).



ESTADO FÍSICO GENERAL	Buena	4
	Regular	3
	Mala	2
	Muy Mala	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaría o Fecal	2
	Urinaría y Fecal	1
<b>RESULTADO =</b>		

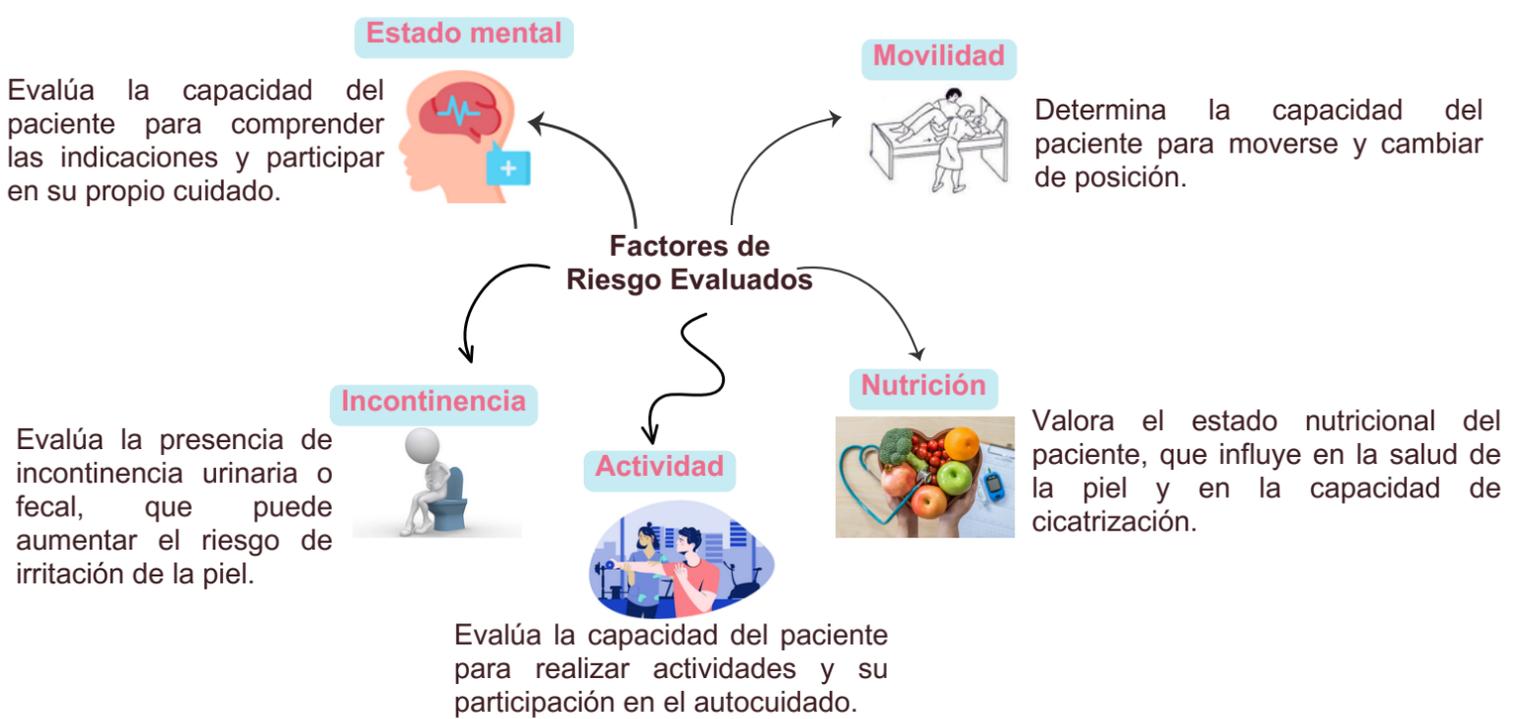
Esta escala fue desarrollada por Doreen Norton en 1962 y se basa en la evaluación de cinco factores clave.

## ESCALA EMINA

La Escala EMINA es un instrumento utilizado para evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados.

Se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos.

Facilita el seguimiento de los pacientes a lo largo de su estancia en el hospital.



## ESCALA EMINA

9

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 hiperclínico	Comatoso
MOVILIDAD	Completa	Ligeramente limitado	Limitación importante	Inmóvil
HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	No	Urinaría o fecal ocasional	Urinaría o fecal habitual	Urinaría y fecal
NUTRICIÓN	Correcta	Ocasionalmente incompleta	Incompleta	No ingesta
ACTIVIDAD	Deambula	Deambula con ayuda	Siempre precisa ayuda	No deambula

## Interpretación de la puntuación

- Cada factor se puntuá de 0 a 3, siendo 0 el menor riesgo y 3 el mayor.
- La puntuación total oscila entre 0 y 15.

- 0-5: Bajo riesgo.
- 6-10: Moderado riesgo.
- 11-15: Alto riesgo.

La Escala EMINA fue elaborada y validada en el año 2000 por un grupo de enfermeras del Instituto Catalán de la Salud.

## ESCALA DE WATERLOW

La Escala de Waterlow es una herramienta para identificar los factores de riesgo individuales que pueden contribuir al desarrollo de úlceras por presión, lo que permite tomar medidas preventivas.

Creado para proporcionar mejor sensibilidad y especificidad.

### Elementos que evalúa la Escala de Waterlow

#### Peso y Altura



Evalúa la relación entre el peso y la altura del paciente, lo que puede indicar desnutrición o sobrepeso.

#### Estado de la Piel



Buscando signos de daño o deterioro que puedan indicar un riesgo mayor.

#### Continencia



Evalúa la presencia de incontinencia urinaria y fecal, que puede aumentar el riesgo de úlceras por presión.

#### Edad y Sexo



La edad y el sexo del paciente, ya que algunos grupos tienen mayor riesgo.

#### Movilidad



Considera la capacidad del paciente para moverse y cambiar de posición.

#### Estado Nutricional



Se evalúa el estado nutricional del paciente, ya que la desnutrición puede debilitar la piel y aumentar el riesgo de UPP.

#### Condiciones Médicas Subyacentes



Se considera cualquier condición médica que pueda aumentar el riesgo de UPP, como diabetes, enfermedades circulatorias o enfermedades neurológicas.

La Escala de Waterlow se utiliza en una variedad de entornos, incluyendo:

- **Hospedaje:** Para identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar UPP y tomar medidas preventivas.
- **Atención domiciliar:** Para que los cuidadores puedan evaluar el riesgo de UPP en los pacientes en sus hogares y tomar medidas preventivas.
- **Estudios de investigación:** Para evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas de UPP.

Esta Escala, desarrollada por Judy Waterlow, fue desarrollada en Inglaterra, en 1985.

### Puntuación

La puntuación de Waterlow se obtiene sumando los puntos asignados a cada factor de riesgo, y luego se interpreta para determinar el nivel de riesgo de UPP.

- 0-9 puntos: Riesgo bajo.
- 10-14 puntos: Riesgo moderado.
- 15-19 puntos: Riesgo alto.
- 20+ puntos: Riesgo muy alto.

### Escala de Waterlow

Sexo	Afección dérmica anómala	Apetito
<input type="radio"/> Mujer (2 puntos) <input type="radio"/> Hombre (1 punto)	<input type="checkbox"/> Atrófica, similar al papel de seda (1 punto) <input type="checkbox"/> Seca (1 punto) <input type="checkbox"/> Edematosa (1 punto) <input type="checkbox"/> Fría y pegajosa (1 punto) <input type="checkbox"/> descolorida (2 puntos) <input type="checkbox"/> Presencia de degradación (agrietamiento) (3 puntos)	<input type="radio"/> medio (normal) (0 puntos) <input type="radio"/> Escaso (1 punto) <input type="radio"/> Sonda nasogástrica/líquidos solo (2 puntos) <input type="radio"/> Anorexia (3 puntos) <input type="checkbox"/> Caquexia terminal (8 puntos) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (5 puntos) <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica (5 puntos)
Edad	Movilidad	Contingencias
<input type="radio"/> 14-49 años de edad (1 punto) <input type="radio"/> 50-64 (2 puntos) <input type="radio"/> 65-74 (3 puntos) <input type="radio"/> 75-80 (4 puntos) <input type="radio"/> +81 años de edad (5 puntos)	<input type="radio"/> total (0 puntos) <input type="radio"/> Inquieto (1 punto) <input type="radio"/> Apático (2 puntos) <input type="radio"/> Limitado (3 puntos) <input type="radio"/> En tracción (4 puntos) <input type="radio"/> En silla de ruedas (5 puntos)	<input type="checkbox"/> Anemia (2 puntos) <input type="checkbox"/> Fumador (1 punto) <input type="checkbox"/> Déficit neurológico diabético (5 puntos) <input type="checkbox"/> Déficit neurológico con esclerosis múltiple (5 puntos) <input type="checkbox"/> Déficit neurológico ACV (5 puntos) <input type="checkbox"/> Déficit neurológico sensorial y motor (5 puntos) <input type="checkbox"/> Déficit neurológico parapléjico (5 puntos) <input type="checkbox"/> Cirugía ortopédica reciente por debajo de la cintura (5 puntos) <input type="checkbox"/> Anestesia espinal reciente (más de 2 horas en la cama) (5 puntos) <input type="checkbox"/> En tratamiento con medicamentos citotóxicos (4 puntos) <input type="checkbox"/> En tratamiento con corticosteroides en dosis elevadas (4 puntos) <input type="checkbox"/> En tratamiento con medicamentos antiinflamatorios (4 puntos)
Complejión física/Peso	Contingencias	
<input type="radio"/> Media (normal) (0 puntos) <input type="radio"/> Por encima de la media (sobrepeso) (1 punto) <input type="radio"/> Obeso (2 puntos) <input type="radio"/> Por debajo de la media (delgado) (3 puntos)	<input type="checkbox"/> Tiene sonda vesical (0 puntos) <input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional (1 punto) <input type="checkbox"/> Tiene sonda vesical pero presenta incontinencia fecal (2 puntos) <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria y fecal (3 puntos)	

10 - 14 puntos:	Paciente en riesgo
15 - 19 puntos:	Riesgo alto
20 - 92 puntos:	Riesgo muy alto

### ESCALA NOVA 5

La Escala NOVA 5 evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes con diferentes estados de conciencia y actividad.

#### Elementos que evalúa la Escala Nova 5

#### Estado mental



Evalúa si el paciente está consciente, orientado, desorientado, letárgico o inconsciente.

#### Movilidad



Determina la capacidad del paciente para moverse y cambiar de posición.

#### Incontinencia



Verifica si el paciente tiene incontinencia urinaria o fecal.

#### Nutrición



Evalúa si el paciente recibe una nutrición adecuada y si tiene desnutrición o pérdida de peso.

#### Actividad



Determina la actividad física del paciente, incluyendo su capacidad para realizar autocuidados.

### Interpretación de la puntuación

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

- Sin riesgo: 0 puntos.
- Riesgo bajo: 1-4 puntos.
- Riesgo medio: 5-8 puntos.
- Riesgo alto: 9-15 puntos.

ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN / INGESTA	ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN
ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA	0
DESORIENTADO	OCASIONAL/LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA	1
LETÁRGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA SIEMPRE FRECUENTEMENTE CON AYUDA	2
COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 HRS. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIAS	NO DEAMBULA, ENCAMADO	3

PUNTOS	CATEGORÍA DE RIESGO
0	SIN RIESGO
1 A 4	RIESGO BAJO
5 A 8	RIESGO MODERADO
9 A 15	RIESGO ALTO

### ESCALA DE ARNELL

La Escala de Arnell evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes, particularmente aquellos con movilidad limitada o con riesgo de padecerlas.

La Escala de Arnell considera los siguientes factores:

#### ESCALA DE ARNELL

VARIABLE	0	1	2	3
ESTADO MENTAL	DESPIERTO Y ORIENTADO	DESORIENTADO	LETÁRGICO	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	LIMITACIÓN LIGERA (EJ. PCTE CON ARTICULACIONES RIGIDAS)	LIMITACIÓN IMPORTANTE (PARAPLÉJICO)	INMÓVIL (CUADRAPLÉJICO O COMATOSO)
NUTRICIÓN	COME DE FORMA SATISFACTORIA	OCASIONALMENTE RECHAZA LA COMIDA O DEJA CANTIDADES CONSIDERABLES	NO SUELE TOMAR COMIDA COMPLETA DESHIDRATADO INGESTA MINIMA DE LÍQUIDOS	NO COME
ASPECTO DE LA PIEL	BUENA	AREA ENROJECIDA	PERDIDA DE CONTINUIDAD DE LA PIEL A NIVEL A NIVEL DE ÚLCERA GRADO I	EDEMA CON FOVEA DISCONTINUIDAD DE LA PIEL ÚLCERADA GRADO II
SENSIBILIDAD CUTÁNEA	PRESENTE	DISMINUIDA	AUSENTE EN EXTREMIDADES	AUSENTE

EL RIESGO DE UPP APARECE CON PUNTUACIONES IGUALES O MAYORES DE 12



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



**Actividad:** Se considera la capacidad del paciente para levantarse de la cama, caminar o moverse.



**Movilidad:** Se evalúa la capacidad del paciente para moverse y cambiar de posición.



**Nutrición:** Se evalúa el estado nutricional del paciente, incluyendo la ingesta de alimentos y líquidos.



**Aspecto de la piel:** Se observa la integridad de la piel, buscando signos de enrojecimiento, pérdida de continuidad o úlceras.



**Sensibilidad cutánea:** Se evalúa la capacidad del paciente para percibir sensaciones en la piel.

El riesgo de úlceras por decúbito, aparece con puntuaciones iguales o mayores a 12.

# RIESGO DE CAÍDAS

Las caídas son una causa importante de morbilidad y mortalidad, especialmente en adultos mayores.



Muchos factores aumentan el riesgo de las personas mayores de caerse.

- Problemas de movilidad (como problemas para caminar o pararse).
- Trastornos del equilibrio.
- Enfermedades crónicas (de larga duración).
- Problemas de la visión.
- Tomar ciertos medicamentos.
- Problemas con los pies y vestir calzado inseguro.
- Deterioro cognitivo leve o ciertos tipos de demencia.

La Escala de riesgo de caídas es una herramienta utilizada en medicina para evaluar la probabilidad de que una persona, especialmente pacientes hospitalizados o mayores, sufra una caída.

## Identificación de factores de riesgo

Se utilizan cuestionarios o pruebas para evaluar la presencia de factores de riesgo.

## Calificación del riesgo

Se asigna una puntuación numérica a cada factor de riesgo, y la suma de las puntuaciones determina el nivel de riesgo de caída.

## Intervención

Se implementan medidas preventivas según el nivel de riesgo identificado, como ajuste del entorno, modificaciones en el tratamiento médico o educación sobre seguridad.



## ESCALA DE DOWNTON

La Escala de Downton evalúa el riesgo de caídas en pacientes, especialmente en entornos hospitalarios y geriátricos.

La finalidad de esta evaluación es prevenir caídas que pueden tener graves consecuencias (lesiones, roturas o complicaciones más graves).

La Escala de Downton evalúa distintas variables realizando una serie de preguntas al paciente. Consta de cinco dimensiones

### Caídas Previas

Caídas Previas historial de caídas de los últimos 12 meses.

### Déficits Sensoriales

Incluye problemas de visión, audición o equilibrio.

### Deambulación

Se refiere al modo en el que las personas se mueven y si tienen problemas de equilibrio o utilizan dispositivos de ayuda (como bastones, muletas).

### Medicamentos

Se evalúa el tipo de fármacos que el paciente toma, ya que algunos pueden aumentar el riesgo de caídas.

### Estado Mental

En un estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo aumenta considerablemente el riesgo de sufrir una caída.



## ESCALA DE DOWNTON

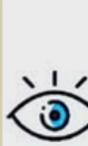


**CAÍDAS PREVIAS**  
 Sí  No



**MEDICAMENTOS**

<input type="checkbox"/> Tranquilizantes/Sedantes	<input type="checkbox"/> Antidepresivos
<input type="checkbox"/> Diuréticos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Hipotensores	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Antiparkinsonianos	



**DÉFICIT SENSORIALES**

<input type="checkbox"/> Alteraciones visuales
<input type="checkbox"/> Alteraciones auditivas
<input type="checkbox"/> Extremidades
<input type="checkbox"/> Ninguno



**ESTADO MENTAL**

<input type="checkbox"/> Confuso
<input type="checkbox"/> Orientado



**DEAMBULACIÓN**

<input type="checkbox"/> Segura con ayuda
<input type="checkbox"/> Insegura con/sin ayuda
<input type="checkbox"/> Imposible
<input type="checkbox"/> Normal



**>2 PUNTOS  
ALTO RIESGO  
DE CAÍDAS**  
 1 PUNTO  
 0 PUNTO

### Puntuación

Cada factor de riesgo puede recibir una puntuación (0 o 1), y la suma total indica el riesgo de caídas.

### Interpretación

**Bajo riesgo (puntuación ≤ 2):** El paciente no requiere cuidados específicos para la prevención de caídas.

**Riesgo moderado (puntuación > 2):** Se recomienda implementar medidas de precaución para reducir el riesgo de caídas.

### Beneficios de la Escala de Downton

- Es una herramienta sencilla y fácil de utilizar.
- Ayuda a identificar factores de riesgo que pueden ser modificados.
- Permite personalizar las medidas preventivas para cada individuo.

## ESCALA DE MORSE

La Escala de Morse es una herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados, desarrollada por la enfermera Susan Morse en 1985.



Identifica factores de riesgo y ayuda a determinar las medidas preventivas necesarias para cada paciente.



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:

**Historial de caídas:** Se verifica si el paciente ha tenido una caída en los últimos tres meses.

**Diagnóstico secundario:** Se revisa si el paciente tiene más de un diagnóstico médico activo.

**Ayudas para la deambulación:** Se observa si el paciente utiliza dispositivos de ayuda para caminar, como muletas, bastón o andador.

**Terapia intravenosa (IV) o salina hepática:** Se verifica si el paciente está recibiendo terapia intravenosa.

**Marcha/transferencia:** Se evalúa cómo el paciente se mueve, clasificándolo en normal, débil o inestable.

**Estado mental:** Se determina si el paciente es consciente de sus limitaciones físicas y cognitivas.

- **Bajo riesgo (0-24):** Aplicación de medidas básicas de seguridad, como mantener el entorno libre de obstáculos.
- **Riesgo moderado (25-44):** Supervisión más frecuente, uso de alarmas de cama o silla, y educación del paciente sobre prevención de caídas.
- **Alto riesgo (45 o más):** Supervisión constante, uso de barandillas en la cama, colocación de pacientes en habitaciones cercanas a la estación de enfermería y posible restricción de movimientos si es necesario.

Escala de Morse		
1	ANTECEDENTES DE CAÍDAS RECIENTES O EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES	-NO..... 0
		-SÍ..... 15
2	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	-NO..... 0
		-SÍ..... 15
3	AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN	-REPOSO EN CAMA..... 0
		-BASTÓN / MULETAS / ANDADOR..... 15
		-SE APOYA EN MUEBLES..... 30
4	CATÉTERES IV / VIA HEPARINIZADA	-NO..... 0
		-SÍ..... 20
5	EQUILIBRIO / TRASLADO	-NORMAL / INMOVILIZACIÓN / REPOSO EN CAMA..... 0
		-DÉBIL..... 15
		-ALTERADA REQUIERE ASISTENCIA..... 30
6	ESTADO MENTAL	-CONSCIENTE..... 0
		-NO CONSCIENTE..... 15



Para facilitar la supervisión de los pacientes de alto riesgo de caídas los equipos médicos pueden ayudarse de las soluciones de Baxter, como grúas móviles y la cama Progressa+.

## ESCALA HENDRICH II

La Escala de Hendrich II es una herramienta avanzada para la identificación temprana de pacientes en riesgo de caídas en entornos clínicos.

La Escala de Hendrich II se desarrolló a partir de investigaciones que identificaron factores de riesgo clave asociados con caídas en entornos hospitalarios.

### Confusión/Desorientación/Impulsividad

Evalúa la capacidad del paciente para entender y responder a su entorno.

### Eliminación Alterada

Evalúa la capacidad del paciente para mantener el estado de conciencia.

### Prescripción de Antiepilépticos

Evalúa el uso de medicamentos que pueden aumentar el riesgo de caídas.

### Sexo Masculino

Riesgo ligeramente mayor de sufrir caídas.

### Depresión Sintomática

Evalúa la presencia de síntomas depresivos en el paciente.

### Mareo o Vértigo

Evalúa la capacidad del paciente para mantener el equilibrio y la estabilidad.

### Antecedentes de caídas

Si el paciente ha tenido caídas previas.



La puntuación total se obtiene sumando los puntos de cada componente. Un puntaje más alto en la Escala de Hendrich II indica un mayor riesgo de caídas.

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

Las categorías de riesgo se pueden definir de la siguiente manera:

- **Bajo riesgo:** 0-20 puntos.
- **Riesgo moderado:** 25-45 puntos.
- **Alto riesgo:** 50 o más puntos.

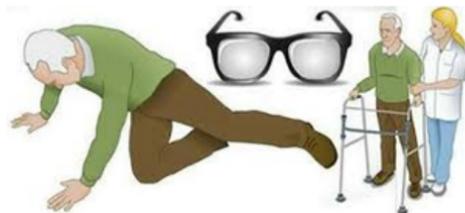
**Evaluación rutinaria:** Se recomienda utilizar la Escala de Hendrich II al ingreso del paciente y de manera periódica durante su estancia hospitalaria.



## ESCALA TINETTI

La Escala de Tinetti evalúa la marcha y el equilibrio de adultos mayores, identificando aquellos con mayor riesgo de caídas.

La prueba consta de una serie de tareas y observaciones diseñadas para medir la estabilidad postural, la capacidad de caminar y la marcha de una persona.



### Equilibrio

Se evalúa la capacidad para mantener el equilibrio en diferentes posiciones y situaciones, como estar sentado, levantarse de una silla y caminar.



Evaluación del equilibrio. Consta de 8 ítems y se realiza con el paciente sentado en una silla sin apoyabrazos.

- **Equilibrio en sedestación:** Se evalúa la capacidad de la persona para mantener el equilibrio mientras está sentada.
- **Levantarse:** Se valora la capacidad de la persona para levantarse de una silla sin ayuda.
- **Intentos para levantarse:** Si es incapaz de levantarse sin ayuda o es capaz, pero necesita varios intentos.
- **Equilibrio en bipedestación inmediata:** Se mide la estabilidad durante los primeros cinco segundos.
- **Equilibrio en bipedestación:** Inestabilidad o estabilidad con apoyo amplio.
- **Empujón:** El evaluador empuja suavemente al paciente hasta tres veces para determinar el equilibrio.
- **Con los ojos cerrados:** Se evalúa la capacidad de la persona para mantener el equilibrio mientras está sentada con los ojos cerrados.
- **Girar sobre sí mismo:** Se evalúa la capacidad para girar sobre sí mismo sin perder el equilibrio.
- **Sentarse:** La capacidad para sentarse en una silla sin ayuda.

### Marcha

Se evalúa la capacidad para iniciar la marcha, la longitud de los pasos, la altura de los pasos, la simetría, la fluidez y la trayectoria de la marcha.



Evaluación de la marcha (7 ítems).

- **Inicio de la marcha:** Se evalúa la capacidad de la persona para iniciar la marcha sin ayuda.
- **Longitud de los pasos:** Se mide la longitud de los pasos al caminar.
- **Alineación de los pies:** Simetría de los pies mientras camina.
- **Fluidez:** Si hay continuidad o paradas entre pasos.
- **Trayectoria:** Desviación o rectitud de la trayectoria al andar.
- **Tronco:** Balanceo del tronco mientras camina.
- **Postura:** Andar con talones separados o juntos.

### Interpretación de los resultados

La puntuación total de la prueba oscila entre 0 y 28 puntos. La puntuación para la marcha es hasta un máximo de 12 puntos y para el equilibrio, un total de 16 puntos.

- **Puntuación total de 0 a 18:** Indica un alto riesgo de caídas y deterioro significativo del equilibrio y la marcha.
- **Puntuación total de 19 a 24:** Sugiere un riesgo moderado de caídas y algunas dificultades en el equilibrio y la marcha.
- **Total de 25 a 28 puntos:** Indica un bajo riesgo de caídas y una buena estabilidad en el equilibrio y la marcha.



### Factores que pueden alterar los resultados de la Escala de Tinetti

**Condiciones médicas subyacentes:** Enfermedades Neurológicas (como Parkinson o Alzheimer), problemas Musculoesqueléticos (artritis, debilidad muscular).

**Medicación:** Algunos medicamentos, como Sedantes, Antidepresivos, Antihipertensivos.

**Entorno de la prueba:** Un entorno desconocido, ruidoso o con poca iluminación puede distraer o generar inseguridad.

**Fatiga:** El cansancio puede disminuir la fuerza muscular, la coordinación y la concentración.

**Dolor:** El dolor agudo o crónico, especialmente en las piernas, la espalda o las articulaciones.

**Estado emocional:** La ansiedad, el miedo a caerse o la depresión pueden afectar el estado de ánimo.

#### ESCALA DE TINETTI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

MARCHA	
Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".	
<b>1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).</b>	
Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
No vacila	1
<b>2. Longitud y altura de paso</b>	
A) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
B) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
Sobrepasa el pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
<b>3. Simetría del paso</b>	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
<b>4. Fluidez del paso</b>	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
<b>5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)</b>	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
<b>6. Tronco</b>	
Balanceo marcado o uso de ayudas	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se flexiona, ni otras ayudas	2
<b>7. Postura al caminar</b>	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28

## ESCALAS DE DOLOR

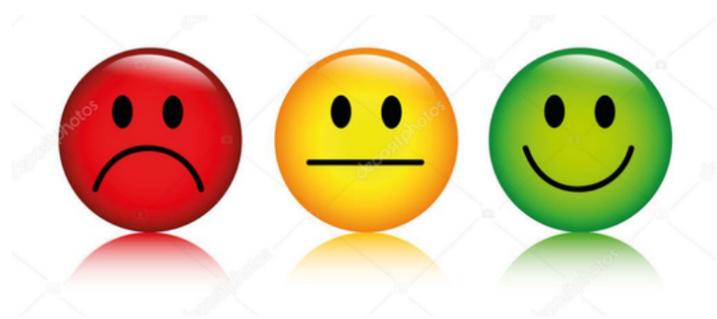
El dolor según la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) es «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial». Además, suele venir asociado a otros síntomas como una Alteración de la Frecuencia Cardíaca.

### • Escoger la escala adecuada

La elección de la escala de dolor dependerá del tipo de paciente y de la situación clínica.

### • Entender el significado de los puntos

Es importante que los pacientes y los profesionales de la salud entiendan el significado de cada punto en la escala.



Las Escalas de Dolor son herramientas que ayudan a medir la intensidad del dolor. Se utilizan para evaluar el dolor, especialmente en pacientes que pueden tener dificultades para expresar su dolor verbalmente o que no pueden comunicar su nivel de dolor.



## ESCALAS UNIDIMENSIONALES DEL DOLOR

Las ESCALAS UNIDIMENSIONALES se usan por ser sencillas. Distinguen si el tratamiento está siendo efectivo en la reducción de la intensidad 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.



#### Interpretación

Un valor en la EVA puede interpretarse como:

- < 4: Dolor leve o leve-moderado.
- 4-6: Dolor moderado-grave.
- > 6: Dolor muy intenso.

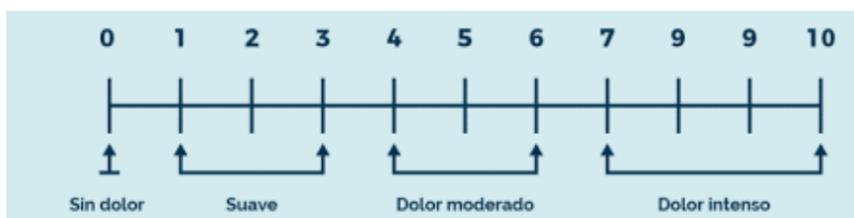
Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimétrica.

La EVA se utiliza para evaluar el dolor en una variedad de contextos clínicos, como en pacientes con migraña, neuropatías, y en general para evaluar el dolor agudo y crónico.

La EVA puede ser menos precisa en pacientes con dificultades motoras o visuales, o en pacientes sedados.

### ESCALA NUMÉRICO VERBAL (ENV)

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



La Escala del dolor del 1 al 10 es especialmente útil para señalar con mucha exactitud cuál es el grado de dolor que se padece.



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

✧ La puntuación de la ENV puede ser afectada por factores como la edad, la cultura y la experiencia previa con el dolor.

✧ La ENV puede ser utilizada en diversas áreas de la medicina, como la evaluación del dolor postoperatorio, el dolor crónico, y la gestión del dolor en pacientes con otras enfermedades.

## ESCALA VERBAL SIMPLE (EVS)



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.

La facilidad de aplicación es su fortaleza, en tanto que sus limitaciones son una baja sensibilidad, un escaso rango de respuesta y la dificultad para aplicarla en investigación.

También es difícil de aplicar en pacientes con deterioro cognitivo y trastornos del lenguaje.

La EVS se utiliza comúnmente para evaluar el dolor en adultos y en niños mayores.



## ESCALA FLACC

Esta Escala de Dolor humano mide parámetros objetivos para identificar la intensidad del dolor en niños menores de tres años.

Consta de 5 ítems o apartados, y se puede valorar según lo observado de 0 a 2, siendo 0 la ausencia de dolor y 2 un dolor muy fuerte en cada ítem.

PARÁMETROS	0	2	3
EXPRESIÓN FACIAL	Relajada, expresión neutra	Mueca o fruncimiento; niño retraído	Mandíbula tensa, tector en el mentón
PIERNAS	Posición normal, relajada	Incómodo, inquieto, tenso	Patateo o elevación de las piernas
ACTIVIDAD	Tranquilo, se mueve normal	Se retuerce, se balancea, tenso	Cuerpo arqueado, rigidez o movimiento espasmódicos
LLANTO	No llora ni está quejicoso	Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	Difícil de consolar o tranquilizar
CAPACIDAD DE CONSUELO	Tranquilo	Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	Difícil de consolar o tranquilizar

- Cara:** Expresiones faciales (sonrisa, muecas, ceño fruncido, etc.)
- Piernas:** Movimientos (relajadas, tensas, patadas, etc.)
- Actividad:** Movimientos generales (relajado, inquieto, rígido, etc.)
- Llanto:** Tipo de llanto (no llora, gime, llora, etc.)
- Capacidad de consuelo:** Facilidad para ser consolado (distráido, dificultad para consolar)

Esta diseñada principalmente para niños pequeños (2 meses a 7 años) o personas con discapacidad cognitiva que no pueden verbalizar su dolor.



## ESCALA DE EXPRESIONES FACIALES (EFF)

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.



No requiere conocimientos de lectura o escritura, por lo que es adecuada para pacientes de todas las edades y con diversas capacidades cognitivas.



Se utiliza especialmente en pacientes que tienen dificultad para verbalizar sus sentimientos, como niños pequeños o personas con problemas de comunicación.

## ESCALAS MULTIDIMENSIONALES DEL DOLOR

Las ESCALAS MULTIDIMENSIONALES evalúan todos los aspectos del dolor, pero son más complejas en su uso.

## 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.

Se utiliza en diversos contextos clínicos y de investigación para evaluar el dolor en pacientes con diferentes diagnósticos.



Se utiliza en una variedad de pacientes, incluyendo aquellos con dolor crónico, postoperatorio, en terapia física, y en investigaciones sobre el dolor.

El MPQ original consta de 78 descriptores verbales de dolor, agrupados en 20 subcategorías.

# ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO

El pie diabético se define como la presencia de una herida, úlcera, infección o destrucción de tejidos profundos en el pie, causada por la diabetes.



Las Escalas de Pie Diabético son herramientas que ayudan a clasificar la gravedad de las lesiones y a guiar el tratamiento.



- 1 Ayudan a determinar el tratamiento adecuado para cada tipo de lesión.
- 2 Permiten evaluar la evolución de la lesión y el pronóstico de cicatrización.
- 3 Sirven para monitorizar la progresión de la úlcera y la eficacia del tratamiento.

## LA ESCALA DE SAN ELIÁN

La Escala de San Elián, o Clasificación de San Elián, evalúa la gravedad de las úlceras de pie diabético.

### Partes a considerar

- Localización.
- Aspectos topográficos.
- Factores agravantes (isquemia, estado infeccioso, edema y neuropatía).
- Afectación tisular (profundidad, área y fases de cicatrización).

### Puntuación

- Leve: Puntaje menor a 10.
- Moderada: 10 a 20 puntos.
- Grave: 21 a 30 puntos.

Con esta clasificación se puede dar un diagnóstico más certero y un abordaje inicial más adecuado con el paciente.

### 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>		
Uno	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 hipoglicemia 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	Sensibilidad protectora ausente	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
<b>SUMA DE LOS PUNTOS</b>		
< 10 puntos	10-20 puntos	21-30 puntos
<b>Leve:</b> Bajo riesgo de amputación. Manejo en APS - Enfermería/ Curación Avanzada.	<b>Moderado:</b> Riesgo parcial de amputación menor al 30%. Con ítem de isquemia 0, sin signos de osteomielitis: Manejo APS, Enfermería/ Curación Avanzada. Con ítem de isquemia 0, con signos de osteomielitis derivación nivel 2rio para su manejo. Con ítem de isquemia < 1 derivación nivel 2rio para su manejo.	<b>Severo:</b> Alto riesgo de amputación, amenaza de la extremidad y la vida. Derivación inmediata a servicio de urgencia (evaluación por cirujano).

\*ITB: Índice tobillo-brazo, medido por doppler | \*\*IDB: Índice, con dedo se refiere al hallux, medido por doppler | \*\*\*SIRS: Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica  
Score de San Elián, traducido desde International Diabetes Federation. Adaptado por Dr. Francisco Salazar Sagua, Profesor FICMID, Universidad de Anáhuac. Reproducción autorizada por Dr. Fermín Martínez de Jesús, Director del Centro San Elián para la Prevención y Salvamento del Pie Diabético, Asociación Mexicana de Pie Diabético, México.

## ESCALA DE WAGNER-MERRIT

La Escala de Wagner evalúa la profundidad de las úlceras y la presencia de osteomielitis o gangrena en el pie diabético, clasificándolas en una escala del 0 al 5.

Según el grado en que se encuentre los darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

La clasificación de Meggitt-Wagner, fue descrita por primera vez en 1976 por Meggitt, pero fue popularizada por Wagner en 1981.

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos Dedos en garra Deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra piel grasa, ligamentos, pero sin afectar el hueso.
III	Úlceras profundas más abscesos	Extensa y profunda Mal olor Salida de secreción
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie, de los dedos, talón o planta.
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado Efectos sistémicos

Los tres primeros grados son descriptor principal de la profundidad.  
El grado cuarto descriptor adicional a la profundidad.  
Los dos últimos grados incluyen la enfermedad vascular.

Fuente: Dr. Padawan

## LA ESCALA DE LA UNIVERSIDAD DE TEXAS

Esta Escala publicada por la Universidad de Texas clasifica las lesiones de pie diabético asociando la profundidad de la lesión con la isquemia y la infección.

- **Profundidad de la lesión:** Se clasifica en diferentes grados, desde una lesión superficial hasta la afectación de hueso o articulaciones.
- **Isquemia:** Se evalúan signos clínicos de isquemia en las extremidades inferiores, como ausencia de pulsos o cambios en la piel.
- **Infección:** Se verifica la presencia de signos de infección, como eritema, calor, dolor o secreción purulenta.

### Clasificación de la Universidad de Texas<sup>4</sup>

	Grado 0	Grado I	Grado II	Grado III
<b>Estadio A</b>	Lesiones pre o perilucerosas. Completamente epitelizadas.	Herida superficial, no afecta tendón, cápsula o hueso.	Herida que afecta a tendón o cápsula.	Herida que penetra hueso o articulación.
<b>Estadio B</b>	Infectada.	Infectada.	Infectada.	Infectada.
<b>Estadio C</b>	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.	Isquémica.
<b>Estadio D</b>	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.	Infectada e isquémica.

La Escala de la Universidad de Texas ha demostrado una mayor asociación con el riesgo de amputación y predicción de la cicatrización de la úlcera.



El primer paso en el manejo de las úlceras del pie diabético es evaluar, graduar y clasificar la úlcera, según su extensión y profundidad y la presencia de infección o isquemia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabrera, A. J. V. (2023). Clasificación de San Elián y su uso para establecer severidad en úlceras en pie diabético. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034195#:~:text=RESULTADOS%3A%20La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20San,p ara%20evaluar%20las%20diversas%20partes>.
- Chu, T. (2025, 7 marzo). Waterlow Pressure Ulcer Scale - SCIRE Professional. SCIRE Professional. <https://scireproject.com/outcome/waterlow-pressure-ulcer-scale/>
- Emera. (2024, 28 octubre). Escala de Tinetti | Mejora del equilibrio en mayores | Emera. Grupo Emera. <https://emera-group.es/noticias/escala-de-tinetti-claves-para-mejorar-el-equilibrio-de-las-personas-mayores/>
- Escala de Braden. (2020, 13 mayo). Enfermería Creativa. <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>
- Escala Downton y el riesgo de caídas - [Guía 2025]. (2025, 18 febrero). ESSAE Formación. <https://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=La%20escala%20de%20Downton%20eval%C3%BAa,ca%C3%ADda%20se%20sumar%C3%A1%20un%20punto>.
- Formación, E. (s. f.). ¿Qué es la Escala de Norton y qué mide? ESHE Formación. <https://www.esheformacion.com/blog/36/que-es-la-escala-de-norton-y-que-mide>
- La Escala de Morse: herramienta fundamental para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. (s. f.). Hillrom. <https://www.hillrom.lat/es/knowledge/article/escala-de-morse/>
- Menzel, R. (2013, 22 abril). Escala de arnell [Diapositivas]. SlideShare. <https://es.slideshare.net/slideshow/escala-de-arnell-escaras/19662221>
- Morales, C., & Morales, C. (2025, 8 marzo). Escala del dolor ¡Consigue un mejor diagnóstico! Dr. Carlos Morales. <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
- Ocronos Revista Médica y de Enfermería. (2024, 21 febrero). Escala de Evaluación del Riesgo de Caídas de Hendrich II/ Identificación temprana de pacientes en riesgo. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/escala-riesgo-caidas-hendrich-2/>
- Prezi, P. y. O. (s. f.). Escala de stratify. prezi.com. <https://prezi.com/p/dc1nu0ywtxvd/escala-de-stratify/>
- Roldán, G. F. (2025a, febrero 6). ¿Qué escalas evalúan el riesgo de caídas? Neurocenter. <https://neurocenter.mx/escala-caidas/>
- Roldán, G. F. (2025b, marzo 5). Escala de Braden y la prevención de úlceras por presión. Neurocenter. <https://neurocenter.mx/escala-braden/#:~:text=La%20Escala%20de%20Braden%20es,observada%20en%20entornos%20de%20neurorehabilitaci%C3%B3n>.
- Sanitas. (s. f.). Escala Downton ante el riesgo de caídas. Sanitas. <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/escala-downton>
- TEMA 8. ESCALAS DE VALORACIÓN UPP. (s. f.). <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-8-escalas-de-valoracion-upp>
- uDocz. (2025). Escala de Wagner de pie diabético. uDocz. <https://www.udocz.com/apuntes/609147/escala-de-wagner-de-pie-diabetico>
- Úlceras Chile. (2021, 2 julio). Escalas de valoración de riesgo de UPP - Úlceras Chile. <https://ulceras.cl/monografico/escalas-de-valoracion-de-riesgo-de-upp/>