



UDS
Mi Universidad

Super Nota

NOMBRE DEL ALUMNO (A): Griselda Guzman Sanchez

NOMBRE DEL TEMA: Escalas

PARCIAL: Único

NOMBRE DE LA MATERIA: Práctica clínica de enfermería I

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Mariano walberto Balcázar Velazco

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 6to. Cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a 22 de Mayo de 2025

ESCALAS

La escala es la representación de una dimensión o una medida en un dibujo o un gráfico de menor tamaño, que sin embargo conserva las proporciones del referente original.

ESCALA DE BRADEN – EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La Escala de Braden es un método evaluativo desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada, Se basa en la valoración de seis criterios específicos:

Percepción sensoria

Humedad

Actividad

Movilidad

Nutrición

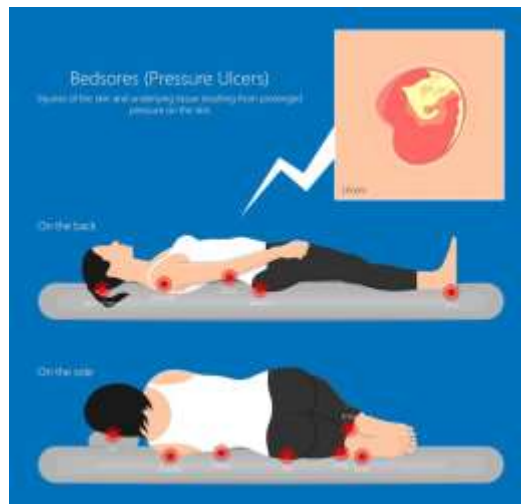
Fricción y cizallamiento.

La Escala de Braden mide la probabilidad de que un paciente desarrolle una úlcera por presión (UPP).

CATEGORÍA	Puntaje 1 (Muy Limitado)	Puntaje 2 (Limitado)	Puntaje 3 (Adecuado)	Puntaje 4 (Excelente)
PERCEPCIÓN SENSORIAL	No responde al dolor en la mayoría de las zonas	Responde al dolor pero no puede comunicarlo adecuadamente	Responde a estímulos verbales	Totalmente alerta y consciente
HUMEDAD	Siempre húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Nunca come	Raramente come	Come bien algunas veces	Come bien regularmente
FRICCIÓN/CIZALLAMIENTO	Problema significativo	Problema potencial	No hay aparente problema	—

Interpretación del Puntaje Total:

- 23 – Máxima puntuación posible (menor riesgo)
- 19 – 23: Riesgo muy bajo
- 15 – 18: Riesgo leve
- 13 – 14: Riesgo moderado
- 10 – 12: Riesgo alto
- ≤ 9 : Riesgo muy alto



ESCALA DE NORTON

LA ESCALA DE NORTON ES UNA HERRAMIENTA CLÍNICA UTILIZADA PARA EVALUAR EL RIESGO DE QUE UN PACIENTE DESARROLLE ÚLCERAS POR PRESIÓN. EVALÚA CINCO PARÁMETROS, CADA UNO PUNTUADO DE 1 A 4, DONDE UNA PUNTUACIÓN TOTAL MÁS BAJA INDICA MAYOR RIESGO.

PARÁMETRO	4(Mejor estado)	3	2	1 (Peor estado)
ESTADO FÍSICO	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
ESTADO MENTAL	Lúcido	Apático	Confuso	Estuporoso o coma
ACTIVIDAD	Camina solo	Camina con ayuda	Se sienta	Postrado en cama
MOVILIDAD	Completa	Ligeramente limitada	Muy limitada	Inmóvil
INCONTINENCIA	Control total	Ocasionalmente incontinente	Incontinencia urinaria	Incontinencia urinaria y fecal

Interpretación de la puntuación total:

- 20 – 16 puntos: Riesgo mínimo o nulo.
- 14 – 15 puntos: Riesgo moderado.
- <14 puntos: Riesgo alto.

	4	3	2	1
Estado Físico General	 BUENO	 MEDIANO	 REGULAR	 MUY MALO
Estado Mental	 ALERTA	 APÁTICO	 CONFUSO	 ESTUPOROSO
Actividad	 AMBULANTE	 CAMINA CON AYUDA	 SENTADO	 ENCAMADO
Movilidad	 COMPLETA	 LIMITADA LIGERAMENTE	 MUY LIMITADA	 INMÓVIL
Incontinencia	 NINGUNA	 OCASIONAL	 URINARIA O FECAL	 URINARIA Y FECAL

ESCALA DE WATERLOW : ES UNA HERRAMIENTA UTILIZADA PARA EVALUAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES. FUE DESARROLLADA POR LA DOCENTE DE ENFERMERÍA CLÍNICA JUDY WATERLOW EN 1985.

CRITERIO	PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
	0	0 Peso normal
	1	Sobrepeso
	2	Peso insuficiente
ESTADO VISUAL DE LA PIEL	0	Normal
	2	Piel seca, pálida o con enrojecimiento
	4	Lesión cutánea visible
MOVILIDAD	0	Normal
	1	Limitada
	4	Inmovilidad
CONTINENCIA	0	Continente
	1	Incontinencia urinaria o fecal
	2	Incontinencia urinaria o fecal
EDAD	0	Menor de 40 años
	1	40-49 años
	2	50-59 años
	3	60-69 años
	4	70-79 años
	5	80 años o más

DIAGNÓSTICO	0	Sin diagnóstico relacionado
	1	Diabetes, malnutrición, anemia
	2	Cirugía mayor, trauma, enfermedades neurológicas
	3	Shock, infección severa, quemaduras

INTERPRETACIÓN:

- BAJO RIESGO: **0-10 PUNTOS**
- RIESGO MEDIO: **10-14 PUNTOS**
- ALTO RIESGO: **15 PUNTOS O MÁS**

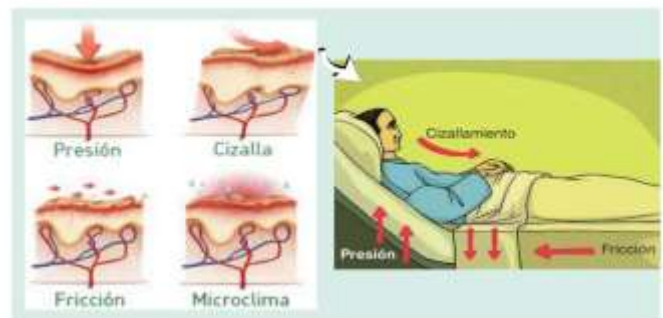
La formación de lesiones por presión se ve influenciada por diferentes factores:



ESCALA DE GOSNELL: DESARROLLO EN 1973, ES UNA HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES. ES UNA ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE NORTON, CON ÉNFASIS EN LA NUTRICIÓN Y LA ELIMINACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA COMO FACTOR DE RIESGO. LA ESCALA DE GOSNELL INCLUYE CINCO PARÁMETROS PRINCIPALES QUE SE PUNTÚAN, ADEMÁS DE OTROS TRES QUE SE VALORAN SIN PUNTUACIÓN

Ítem	Puntuación (1 a 3)
Estado mental	Alerta (1) – Confuso (2) – Letárgico (3)
Continencia	Continente (1) – Ocasional incontinencia (2) – Incontinente (3)
Actividad	Ambulatorio (1) – Limitado (2) – En cama (3)
Movilidad	Completa (1) – Limitada (2) – Inmóvil (3)
Nutrición	Adecuada (1) – Deficiente (2) – Muy pobre (3)

Puntaje Total	Riesgo de UPP
5 – 8	Bajo riesgo
9 – 11	Riesgo moderado
12 – 15	Alto riesgo



LA ESCALA EMINA (ESTADO MENTAL, INCONTINENCIA, NUTRICIÓN, ACTIVIDAD) ES UNA HERRAMIENTA UTILIZADA PARA EVALUAR EL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES

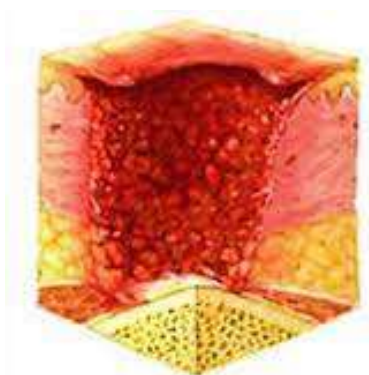
Variable	Descripción	Puntuación
Estado mental	Lúcido	0
	Confuso, desorientado	1
	Letárgico, estuporoso, comatoso	2
Movilidad	Independiente	0
	Ayuda parcial	1
	Totalmente inmóvil	2
Incontinencia	Continente	0
	Ocasional o uso de absorbentes	1
	Incontinente total (fecal y urinaria)	2
Nutrición	Buena alimentación	0
	Alimentación deficiente	1
	Desnutrición evidente	2
Humedad	Piel seca	0
	Humedad ocasional	1
	Humedad constante	2

Puntuación total	Nivel de riesgo
0–3 puntos	Bajo riesgo
4–5 puntos	Riesgo medio
6–10 puntos	Alto riesgo



LA ESCALA DE CUBBIN Y JACKSON ES UNA HERRAMIENTA PARA EVALUAR EL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS, PARTICULARMENTE EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN 1	PUNTUACIÓN 2	PUNTUACIÓN 3	PUNTUACIÓN 4
Edad	> 75 años	66-75 años	56-65 años	< 55 años
Estado de conciencia	Comatoso	Letárgico	Somnoliento	Alerta
Actividad	Inmóvil	Muy limitada	Limitada	Deambula
Movilidad	Ninguna	Muy limitada	Limitada	Completa
Incontinencia	Doble (fecal y urinaria)	Frecuente urinaria	Ocasional	Ninguna
Estado nutricional	Desnutrido	Deteriorado	Adecuado	Excelente
Estado de la piel	Lesión presente	Eritema / maceración	Íntegra pero frágil	Íntegra
Oxigenación	Ventilación mecánica	Oxígeno con máscara	Oxígeno nasal	Aire ambiente
Hemodinámica (estado circulatorio)	Inestable (uso de aminas)	Variable	Estable con soporte mínimo	Estable
Hematocrito	< 30%	30-35%	36-40%	> 40%
Leucocitos	> 20,000 /mm ³	15,000–20,000 /mm ³	10,000–14,999 /mm ³	< 10,000 /mm ³
Temperatura corporal	> 39 °C o < 36 °C	38–39 °C	37–37.9 °C	36–36.9 °C



Categoría IV
Pérdida total
del espesor de
los tejidos

Escala	Ámbito común de uso	Ítems clave	Riesgo si puntuación baja
Braden	Hospitales y clínicas	Sensorial, humedad, movilidad, nutrición	Sí
Norton	Hospitalario	Estado físico y mental, movilidad, continencia	Sí
Waterlow	Reino Unido, geriatría	Multidimensional, incluye comorbilidades	Sí
Gosnell	Menos utilizada	Similar a Norton	Sí
EMINA	España, atención primaria	Versión adaptada al entorno español	Sí
Cubbin & Jackson	Unidades de cuidados intensivos	Más detallada, incluye oxigenación y circulación	Sí

RIESGO DE CAIDA

Las escalas de riesgo de caída evalúan diversos factores que aumentan la probabilidad de que una persona se caiga, como antecedentes de caídas previas, problemas de equilibrio o movilidad, uso de ciertos medicamentos, deterioro cognitivo, problemas de visión o audición, y factores ambientales.

Criterio	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Historia previa de caídas	☐	☐
Alteraciones en la marcha o equilibrio	☐	☐
Uso de ayudas para deambular (bastón, andador)	☐	☐
Debilidad muscular o fatiga general	☐	☐
Trastornos visuales	☐	☐
Medicación que afecta el equilibrio (sedantes, antihipertensivos, etc.)	☐	☐

Confusión o deterioro cognitivo	☐	☐
Incontinencia urinaria o fecal	☐	☐
Hipotensión ortostática	☐	☐
Calzado inadecuado	☐	☐

Interpretación del puntaje:

- **0–2 puntos:** Bajo riesgo
- **3–5 puntos:** Riesgo moderado – iniciar medidas preventivas básicas
- **6 o más puntos:** Alto riesgo – implementar protocolo de prevención de caídas

Medidas Preventivas Comunes:

- Colocar timbre al alcance

ESCALA NUMÉRICA DEL DOLOR (0-10)

La Escala Numérica del Dolor (0-10) es una herramienta para evaluar la intensidad del dolor que el paciente experimenta. Se utiliza para que los pacientes puedan expresar la magnitud de su dolor de forma más precisa, y los profesionales de la salud puedan comprender mejor cómo está afectando a su vida.

Valor	Descripción
0	Sin dolor
1-3	Dolor leve
4-6	Dolor moderado
7-9	Dolor intenso
10	Dolor insoportable / máximo

ESCALA DE CARITAS (WONG-BAKER FACES)

Ideal para niños o personas con dificultades de comunicación:

Carita	Valor	Descripción
	0	No duele
	2	Duele un poco
	4	Duele un poco más
	6	Duele bastante
	8	Duele mucho
	10	Duele muchísimo

CLASIFICACIÓN DE WAGNER (WAGNER-MEGGITT)

Una escala de pie diabético, en general, es un sistema de clasificación que ayuda a evaluar la gravedad de las lesiones y úlceras en los pies de personas con diabetes. Estas escalas son útiles para determinar la necesidad de tratamiento, monitorear la progresión de las lesiones y guiar las decisiones terapéuticas.

Evalúa la profundidad de las úlceras y la presencia de infección o gangrena.

Grado	Descripción
0	Pie en riesgo, sin úlcera visible
1	Úlcera superficial
2	Úlcera profunda que alcanza tendón o cápsula
3	Úlcera profunda con absceso o osteomielitis
4	Gangrena localizada
5	Gangrena extensa del pie

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline**. EPUAP/NPIAP/PPPIA.
<https://npiap.com/page/Guidelines>

Ayello, E. A., & Cuddigan, J. (2020). **Pressure injuries: A guide to prevention and treatment**. *Nursing2020*, 50(11), 24-31.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000704735.77200.b6>

International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF). (2023). **IWGDF Guidelines on the Prevention and Management of Diabetic Foot Disease**.
<https://iwgdfguidelines.org/>

Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. (2005). **Preventing foot ulcers in patients with diabetes**. *JAMA*, 293(2), 217–228.
<https://doi.org/10.1001/jama.293.2.217>

World Health Organization. (2021). **Falls: Key facts**.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). **Preventing falls and fall-related injuries in hospitals**. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(4), 645–692.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>