



Super nota

Nombre del Alumno: Ernesto Díaz Gómez

Nombre del tema: Escalas

Parcial: 1er parcial

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to cuatrimestre

Pichucalco, Chiapas a; 24 de mayo del 2025

ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Escala de Norton:

Norton y sus colegas fueron pioneros en la inexplorada área del desarrollo de las úlceras por presión (Flanagan 1997). A principio de los años 60, desarrollan una escala de valoración del riesgo basados en sus investigaciones acerca de los factores que influyen en la génesis de las UPP. En esta escala, el puntaje total es una función lineal de cinco factores de riesgo considerados importantes por Norton y sus colegas.

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DEBIL	3. APÁTICO	3 CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMOVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Indice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación
 Indice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.



Escala de Braden

La escala de valoración del riesgo de UPP fue desarrollada durante la década de los 80 siguiendo las observaciones hechas por Braden. Las primeras tres sub-escalas: percepción sensorial, actividad y movilidad capturan situaciones clínicas que predisponen al paciente a presión prolongada e intensa. Las siguientes tres subescalas: nutrición, humedad y fricción-roce son factores que afectan la tolerancia del tejido a la presión.

Escala de Braden Bergstrom						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Escala Emina

Se publicó en el año 2001 en España, su nombre original es EMINA. Se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos. Actualmente sí existe factor de fiabilidad y está validada. Analiza 5 factores de riesgo:

PUNTOS	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Limitación ligera	Urinaria o fecal ocasional	Incompleta ocasional	Deambula con ayuda
2	Letárgico	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Coma	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta >72 h	No deambula

Puntos de corte: 1-3 riesgo bajo, 4-7 riesgo medio (≥5 para hospitales de media estancia) y 8-15 riesgo alto

Escala Waterlow

Esta escala fue desarrollada en Inglaterra, en 1985, a partir de un estudio de prevalencia de UPP, en el que se encontró que la Escala de Norton no clasificaba en el grupo de riesgo a muchos pacientes que finalmente presentaban úlceras. Se emplea en unidades de cuidados críticos con pacientes adultos. Actualmente sí existe factor de fiabilidad y está validada. Analiza 7 factores de riesgo:

ESCALA WATERLOW						
Relación talla/peso	Aspecto de la piel	Continencia	Movilidad	Sexo/edad	Apetito	Factores especiales
0. Promedio normal	0. Normal	0. Completa	0. Total	1. Varón	0. Normal	8. Mala nutrición, caquexia
2. Por encima de la media	1. Gerodérmica	1. Ocasional	1. Restringida	2. Mujer	1. Poco	5. Deprivación sensorial
3. Por debajo de lo normal	1. Seca	Catéter/o incontinencia heces	2. Lenta, escasa y difícil	1. 14-49 años	2. Anorexia	3. Antiinflamatorios o esteroides
	1. Edematosa	3. Doble incontinencia	3. Muy poca, con ayuda	2. 50-65 años		1. Muy fumador
	1. Fría y húmeda		4. Nula	3. 65-75 años		3. Fractura reciente, cirugía
	2. Alterada en color			4. 75-80 años		
	3. Lesionada			5. Más de 81 años		

Fuente: Waterlow J. A risk assessment card. Nursing Times 1985; 81 (49): 51-55.
Puntos de corte: puntuación \geq 10 riesgo.
Definición de términos: no tiene definición operativa de términos.

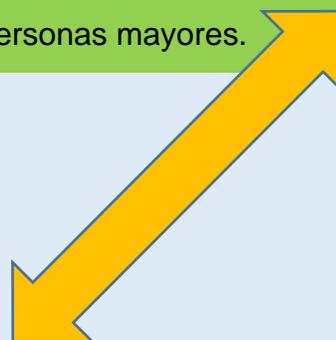
ESCALAS DE RIESGO POR CAÍDAS

Escala de Downton

Evalúa factores de caída previa, estado mental, déficits sensoriales, medicamentos y capacidad de deambulación. La puntuación en la escala Downton puede

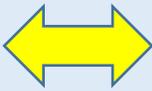
Variable de medición	Respuesta	Valor
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensorial	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
Estado mental	Imposible	1
	Orientado	0
	Confuso	1
Interpretación del puntaje		
Valor igual o mayor a 3: alto riesgo		
Valor de 1 a 2: mediano riesgo		
Valor de 0 a 1: bajo riesgo		

variar según el método utilizado; cuantos más puntos se obtengan, mayor es el riesgo de caídas en personas mayores.



Escala de Morse

La Escala de Caídas de Morse es una herramienta de evaluación utilizada para determinar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Es una escala rápida y fácil de usar que ayuda a identificar a los pacientes que requieren una mayor atención para prevenir caídas. Valora lo siguiente:



ANTECEDENTES CAIDAS RECIENTES	NO SI	0 25
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	SI NO	15 0
AYUDA EN LA DEAMBULACION	REPOSO EN CAMA MULETAS/BASTON/ANDADOR SILLA DE RUEDAS	0 15 30
CATETERES ENDOVENOSOS	SI NO	20 0
ESTADO ACTUAL	NORMAL CON REPOSO DEBIL ALTERADO	0 10 20
ESTADO MENTAL	ORIENTADO OLVIDA SUS LIMITACIONES	0 5

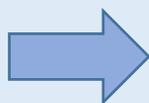
RIESGO BAJO <25
RIESGO MODERADO 26 a 50
RIESGO ALTO > 50

Escala de tinetti:

Evalúa el equilibrio y la movilidad. Es una herramienta de evaluación clínica que se utiliza para medir la marcha y el equilibrio, principalmente en personas mayores. Sirve para identificar a los individuos con mayor riesgo de caídas y para monitorear los cambios en la capacidad motora a lo largo del tiempo.



Subescala de equilibrio: el paciente está sentado en una silla firme y sin apoyabrazos. Se analizan las siguientes maniobras.		Valor
1. Equilibrio sentado	Se inclina o se desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
	Capaz, sin usar los brazos	2
3. Intentos para levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero necesita más de un intento	1
	Capaz de levantarse en el primer intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos)	Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
	Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte	1
	Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición de 6)	Inestable	0
	Estable	1
	Pasos discontinuos	0
8. Vuelta de 360 grados	Pasos continuos	1
	Inestable (se tambalea, se agarra)	0
	Estable	1
9. Sentarse	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
	Seguro, movimiento suave	2
Puntuación de equilibrio		___/16



Subescala de marcha: el paciente está de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 m) a paso normal, luego regresa a paso rápido pero seguro.		Valor
10. Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	Vacilación o múltiples intentos para iniciar	0
	No vacila	1
11. Longitud y altura del paso. a) Movimiento del pie derecho	Al dar el paso no sobrepasa al pie izquierdo	0
	Sobrepasa al pie izquierdo	1
	El pie derecho no se levanta completamente al dar el paso	0
	El pie derecho se levanta completamente al dar el paso	1
11. Longitud y altura del paso. b) Movimiento del pie izquierdo	Al dar el paso no sobrepasa al pie derecho	0
	Sobrepasa al pie derecho	1
	El pie izquierdo no se levanta completamente al dar el paso	0
12. Simetría del paso	El pie izquierdo se levanta completamente al dar el paso	1
	La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
13. Fluidez del paso	Los pasos parecen iguales	1
	Paradas entre los pasos	0
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	Los pasos parecen continuos	1
	Desviación grave de la trayectoria	0
	Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
	Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	Balaceo marcado o usa ayudas	0
	Sin balanceo del tronco pero con flexión de rodillas o espalda o separa los brazos al caminar	1
	Sin balanceo, ni flexión del tronco, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	Talones separados	0
	Talones casi juntos al caminar	1
Puntuación de equilibrio		___/12
Puntuación total		___/28



Escala Hendrich II

(también llamada Modelo de Riesgo de Caídas Hendrich II) es una herramienta para evaluar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Se centra en ocho factores de riesgo, incluyendo confusión, depresión, eliminación alterada, y otros. La puntuación total de la escala puede oscilar entre 0 y 16, y los pacientes con una puntuación de 5 o más se consideran en riesgo de caída.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS HEINDRICH II Alto riesgo: Mayor a 5 puntos	
Confusión, Desorientación, Impulsividad	4
Depresión sintomática	2
Alteración en la evacuación/diuresis	1
Mareos, Vértigo	1
Género masculino	1
Administración de cualquier antiepiléptico	2
Administración de cualquier benzodiazepina	1
EVALUACIÓN DE LA INCORPORACIÓN Y MARCHA	
Capacidad para levantarse en un solo movimiento. No pierde el balance cuando camina	0
Necesita empujarse así mismo, siendo exitoso en un intento	1
Múltiples intentos por incorporarse, culminando con éxito	3
No puede levantarse sin asistencia durante la prueba o tiene indicación de reposo absoluto	4
Puntaje Total:	

ESCALAS DEL DOLOR

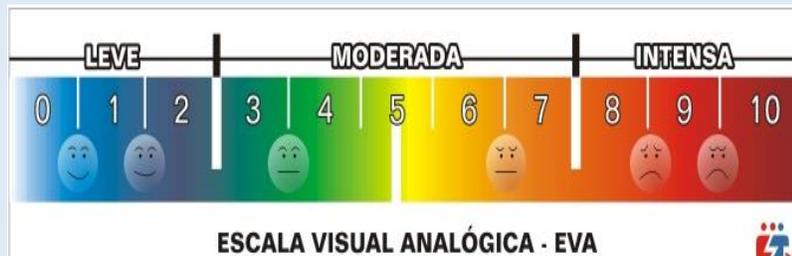
Escala Numérica Verbal (ENV):

El paciente asigna una puntuación del 1 al 10 a su dolor, donde 1 representa ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable.



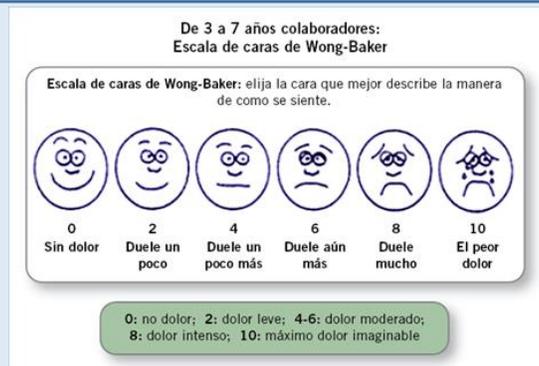
Escala Visual Analógica (EVA):

El paciente marca un punto en una línea recta que representa una escalada de dolor, desde la ausencia de dolor en un extremo hasta el dolor máximo en el otro.



Escala de caras (escala de caras de Wong-baker):

Se utiliza especialmente en niños y presenta una serie de caras con diferentes expresiones faciales, cada una asociada a un nivel de dolor.



Escala flacc:

Se utiliza en pacientes pediátricos, especialmente aquellos que no pueden expresar su nivel de dolor verbalmente, y evalúa la expresión facial, las piernas, la actividad, el llanto y la capacidad de consolar.



• ESCALA DE FLACC •			
	0 Cero	1 Uno	2 Dos
Cara (Face)	Expresión neutra o sonrisa	Ceño o boca fruncidos ocasionalmente	Ceño o boca fruncido permanente, mandíbula apretada, mentón tembloroso
Piernas (Legs)	Posición normal relajada	Inquietas rígidas, flexión y extensión intermitente	Patadas, flexión o extensión exageradas
Actividad (Activity)	Tranquilo se mueve fácil y libremente	Gira de un lado a otro, presiona la parte que le duele	Rígido, movimiento espasmódicos
Llanto (Cry)	Sin llanto o quejido	Quejido suave, llanto ocasional, suspiros	Llanto mantenido, quejido intenso, gritos
Consolabilidad (Consolability)	No requiere consuelo	Consolable con caricias o palabras, es posible distraerlo	Difícil de consolar o distraer

Escala De La OMSs (Escalera Analgésica):

Se utiliza para guiar el tratamiento del dolor, dividiéndolo en tres escalones según la intensidad del dolor y los medicamentos más adecuados para cada escalón.



ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO

Escala de Wagner-Merrit:

Constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre les darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

Tabla 1. Clasificación de Meggit-Wagner (23)

Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Dstrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.

La clasificación de San Elián

Es un sistema que clasifica las úlceras del pie diabético en tres grados: leves, moderadas y graves. La importancia de este sistema que evalúa varios parámetros, incluidos factores anatómicos, agravantes y tisulares, que radica en su importancia para determinar la gravedad de las úlceras del pie diabético.

Se clasifica como leve cuando se obtiene un puntaje <10, moderado de 11-20 puntos y grave de 21-30 puntos



Escala de San Elian. Pie diabético

ITB: Índice tobillo-brazo
IDB: Índice dedo del pie-brazo

1 Punto	2 Puntos	3 Puntos
1. Localización primaria		
Falanges	Metatarsiano	Tarsal
2. Localización topográfica		
Dorsal o plantar	Lateral o medial	Dos o más
3. Número de zonas afectadas		
Uno	Dos	Tres
4. Isquemia		
Pulsos palpables ligeramente disminuidos. ITB (0,89-0,7) IDB (0,74-0,60)	Pulsos apenas palpables ITB (0,69-0,5) IDB (0,59-0,30)	Pulsos no palpables ITB < 0,5 IDB < 0,30
5. Infección		
Eritema < 2 cm. Secreción purulenta, calor, sensibilidad.	Eritema > 2 cm Infección de músculos, tendones o huesos o articulaciones.	Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Hiper o hipoglucemia secundaria
6. Edema		
Alrededor de la herida	Un pie o pierna	Bilateral ,secundaria a comorbilidades
7. Neuropatía		
Sensación protectora disminuida	Sensación protectora ausente	Neuro osteoartropatía diabética pie de Charcot
8. Área		
Pequeña < 10 cm ²	Mediano 11-40 cm ²	Grande > 40 cm ²
9. Profundidad		
Superficial (piel)	Mediano 11-40 cm ²	Grande > 40 cm ²
10. Fase de curación de heridas		
Epitelización	Granulación	Inflamatorio

Jesus, F. R. M., Ibrahim, A., Rodriguez-Ramirez, N., & Zambrano-Loaiza, E. (2021). The latin american Saint Elian wound score system (sewss) for the triage of the diabetic foot attack. El sistema latinoamericano de San Elian para el triaje del ataque del pie diabético. Cirugía y cirujanos, 89(5), 679-685. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.24875/CIRU.20000283>



Referencias bibliográficas

1. García Fernández Francisco Pedro, Pancorbo Hidalgo Pedro L., Soldevilla Ágreda J. Javier, Blasco García Carmen. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [Internet]. 2008 Sep [citado 2019 Ene 20] ; 19(3): 136-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005&lng=es.
2. .- **Guaque Barrera, Aldemar; Ramírez Acuña, Jenniffer; Rincón Ortiz, Fredy Alejandro.** (2014). *Validez de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Revisión de la literatura (2009-2014)*. Pontificia Universidad Javeriana. Este estudio revisa la validez de diversas escalas de valoración del riesgo de UPP, incluyendo la escala de Braden-Bergstrom
3. .- **Moreno-Pina, J. P., Richart-Martínez, M., Guirao-Goris, J. A., & Duarte-Climents, G.** (2007). *Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión*. Enferm Clin, 17(4), 186-197. Este estudio revisa la validez y fiabilidad de diversas escalas de valoración del riesgo de UPP, incluyendo la escala de Braden-Bergstrom
4. - https://www.ulceras.net/userfiles/files/escala_bradem.pdf
5. **.Eizaga Rebollar, R., & García Palacios, M. V.** (2015). *Escalas de valoración del dolor*. ISBN: 978-84-606-5610-4. Este libro ofrece una revisión detallada de diversas escalas y cuestionarios utilizados en la práctica clínica para evaluar el dolor.
6. Aragón, F.J. / Ortiz Remacha, P.P. (2002). El pie diabético. Barcelona: Masson. 844581027-8.