



UDS
Mi Universidad

Súper Nota

Nombre del Alumno: Jazmin Gómez Diaz

Nombre del tema: "Escalas"

Parcial: Único

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería

Nombre del profesor: Mariano Walberto Valcazar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 6

Pichucalco, Chiapas a; 18 de mayo del 2025

ESCALAS

ESCALAS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Concepto

Son lesiones de piel y tejidos subyacentes causadas por una presión prolongada que reduce el flujo sanguíneo a la zona afectada.

Prevención

En enfermería, es crucial mantener la piel limpia y seca, cambiar la posición del paciente cada dos horas, utilizar almohadas y dispositivos que alivien la presión, y mantener una nutrición adecuada.

Causas

Se producen principalmente por la presión sostenida sobre la piel, lo que reduce el flujo sanguíneo y provoca la muerte de las células cutáneas. Factores de riesgo como la inmovilidad, la desnutrición, la humedad y ciertas condiciones médicas, como la diabetes, pueden aumentar el riesgo de desarrollar UPP.

Tratamiento

Se enfoca en reducir la presión sobre la piel, cuidar las heridas, controlar el dolor, prevenir infecciones y asegurar una buena nutrición para facilitar la cicatrización.

Complicaciones

Pueden ser graves y variar desde infecciones hasta cáncer. Las infecciones más comunes incluyen celulitis, abscesos, y en casos más severos, osteomielitis (infección ósea) o incluso septicemia (infección en la sangre). En casos raros, una UPP de larga duración puede desarrollar un tipo de cáncer llamado carcinoma de células escamosas.

Escala de Braden

La Escala de Braden fue desarrollada en 1985 por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en Estados Unidos. Es un método evaluativo desarrollado para predecir el riesgo de desarrollo de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada, una condición frecuentemente observada en entornos de neurorehabilitación.

Evalúa

Humedad



Grado de exposición de la piel a la humedad, que puede causar daño cutáneo.

Nutrición



Estado nutricional del paciente, ya que la desnutrición puede afectar la integridad de la piel y aumentar el riesgo de UPP.

Actividad



Nivel de actividad física del paciente, ya que la inmovilidad prolongada puede aumentar el riesgo de UPP.

Fricción y Cizallamiento



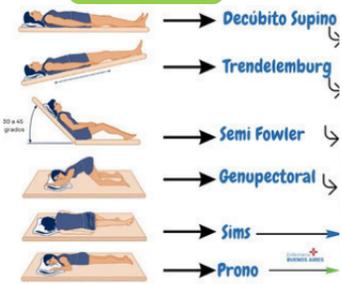
Fuerza de fricción o cizallamiento que se ejerce sobre la piel, que puede causar daño.

Percepción Sensorial



Capacidad del paciente para percibir dolor o incomodidad, que puede estar comprometida en algunos pacientes.

Movilidad



Capacidad del paciente para cambiar de posición de forma independiente, lo que también contribuye al riesgo de UPP.

Escala de Braden

para la predicción del riesgo de úlceras por presión

1

2

3

4

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada < Nivel de conciencia Sedación No reacción ante dolor < Capacidad sensitiva	Muy limitada Reacciona solo ante estímulo doloroso No comunica malestar Déficit sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica malestar Alguna dificultad sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin déficit sensorial
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda Cuando se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda Cuando la ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día	Raramente húmeda Cuando la ropa de cama se cambia según la rutina
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre <2 0 ayunas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada x3 0 recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG	Adecuada x4 0 recibe nutrición por SNG o por vía parenteral	Excelente >4 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 o requiere de mínima asistencia	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	



ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años)
15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

Escala de Norton

Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 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. Su principal objetivo es prevenir la aparición de este tipo de úlceras.

Estado Físico

Incluye aspectos como la nutrición, hidratación, temperatura y estado de la piel.

¡Y no olvides!



Mantener una alimentación saludable



Hidratarte durante todo el día

Movilidad

Analiza la capacidad del paciente para moverse de forma independiente o con ayuda.



Estado Mental

Evalúa el nivel de conciencia, confusión y capacidad de respuesta del paciente.



Incontinencia

Evalúa si el paciente tiene problemas de control de la orina o las heces, lo que puede aumentar el riesgo de UPP.



Actividad

Considera la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, como caminar, sentarse o acostarse.



Comer



Higiene Personal



Vestirse



Dormir/ Descanso



Control de esfínteres



Movilidad Funcional



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

Interpretación de los resultados

Una vez hemos evaluado cada uno de los criterios y hemos realizado la suma, es importante saber que, cuanto menor sea el puntaje de una persona, mayor será el riesgo de que desarrolle una úlcera por presión. En general, se considera que las personas que obtienen una puntuación de 14 o menos están en riesgo.

- La **clasificación de riesgo**, según la escala, es la siguiente:
- Puntuación de 5 a 9 **Riesgo muy alto.**
- Puntuación de 10 a 12 **Riesgo alto.**
- Puntuación de 13 a 14 **Riesgo medio.**
- Puntuación mayor de 14 **Riesgo mínimo o sin riesgo.**



Escala de Arnell

Es una herramienta de evaluación neurológica, especialmente útil en la neurorehabilitación, que permite valorar de forma estandarizada y sistemática el estado neurológico de pacientes, incluyendo aquellos con daño neurológico. Fue desarrollada por el **Dr. John Arnell en los años 90** para medir el progreso durante la rehabilitación.

Evalúa

Estado Mental

Evalúa el nivel de conciencia y orientación del paciente.



Nutrición

Considera el estado nutricional del paciente, incluyendo la ingesta de líquidos y alimentos.



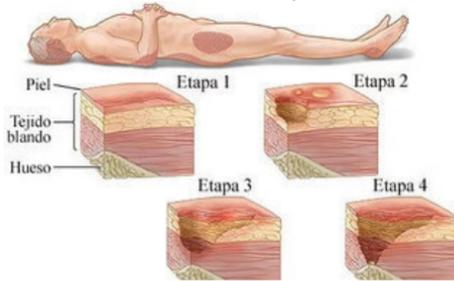
Actividad

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



Aspecto de la Piel

Examina la piel en busca de signos de úlceras por presión o cambios en la piel.



Movilidad

Evalúa la movilidad del paciente, incluyendo la capacidad para moverse en cama o fuera de ella.



Sensibilidad Cutánea

Evalúa la capacidad del paciente para sentir estímulos táctiles en la piel.



ESCALA ARNELL

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla la puntuación)	No	Ocasional, nocturno o por estrés	Urinaria solamente	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas)	Limitación importante	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (se le debe animar a ingerir líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Perdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I	Edema con fóvea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente

Interpretación de los resultados

Los resultados de esta escala, que van de 5 a 20, se interpretan de la siguiente manera:

- **Riesgo muy alto:** Puntuación total menor o igual a 11.
- **Riesgo alto:** Puntuación total entre 12 y 14.
- **Riesgo moderado:** Puntuación total entre 15 y 18.
- **Riesgo bajo:** Puntuación total mayor a 18.

Escala Nova 5

Es una herramienta utilizada para evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes. Fue creada por el grupo de enfermería del Instituto Catalán de la Salud y se basa en cinco factores de riesgo: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad

Evalúa

Estado Mental



•**Paciente consciente o alerta:** Es aquel paciente que está orientado y consciente. 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.

•**Paciente letárgico:** Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio. No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.

•**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.

•**Paciente con incontinencia ocasional:** Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

•**Paciente con incontinencia urinaria o fecal:** Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal.

•**Paciente con incontinencia urinaria y fecal:** Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter

Movilidad



Paciente con movilidad completa, paciente con limitación ligera en la movilidad, paciente con limitación importante de la movilidad y 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.

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).

•**Paciente encamado:** No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener periodos cortos de sedestación.

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.

•**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.

•**Paciente con nutrición incompleta:** Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia, etc.).

•**Paciente sin ingesta oral:** No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tienen cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada y/o pérdida importante de peso.

Interpretación de los resultados

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 NOVA5

PUNTOS	Est. 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 Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 H. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA.	NO DEAMBULA, ENCAMADO

Escala Emina

Es una herramienta de enfermería para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados. Fue creada y validada en el año 2000 por un grupo de enfermeras del Instituto Catalán de la Salud. La escala EMINA ayuda a identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar UPP, permitiendo a los profesionales de la salud tomar medidas preventivas.

Estado Mental



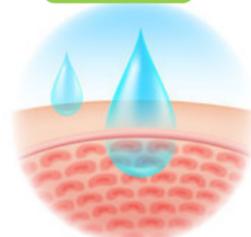
El nivel de conciencia y cooperación del paciente.

Movilidad



La capacidad del paciente para cambiar de posición o desplazarse.

Humedad



El grado de humedad de la piel del paciente.

Incontinencia



La pérdida involuntaria de orina o heces.

Nutrición



El estado nutricional del paciente.

ESCALA EMINA

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado Paciente orientado y consciente	Completa Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	No Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	Correcta Toma la dieta completa, nutrición enteral o parenteral adecuada. Puede estar en ayunas hasta 3 días por prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o con dieta sin aporte proteico. Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Deambula Autonomía completa para caminar
1	Desorientado o apático o pasivo Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)	Ligeramente limitada Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	Urinaria o fecal ocasional Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	Ocasionalmente incompleta Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio.	Deambula con ayuda Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2	Letárgico o hipercinético Letárgico (no responde a órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad	Limitación importante Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	Urinaria o fecal habitual Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	Incompleta Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	Siempre precisa ayuda Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3	Comatoso Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	Inmóvil No se mueve en la cama ni en la silla	Urinaria y fecal Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreas frecuentes	No ingesta Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	No deambula Paciente que no deambula. Reposo absoluto

Interpretación de los resultados

La puntuación total oscila entre 0 y 15, donde 0 indica ausencia de riesgo y 15 el máximo riesgo.

- 0-3 puntos: Riesgo bajo.
- 4-7 puntos: Riesgo moderado.
- 8-15 puntos: Riesgo alto.

Escala Waterlow

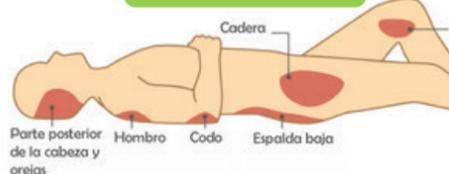
Es una herramienta de enfermería para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) en pacientes hospitalizados. Fue creada y validada en el año 2000 por un grupo de enfermeras del Instituto Catalán de la Salud. La escala EMINA ayuda a identificar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar UPP, permitiendo a los profesionales de la salud tomar medidas preventivas.

Edad



La edad puede afectar la capacidad del tejido para recuperarse de la presión.

Estado de la Piel



El estado de la piel (seca, húmeda, irritada) puede influir en su resistencia a la presión.

Estado Nutricional



La desnutrición puede debilitar la piel y los tejidos, haciéndolos más vulnerables.

Continencia



La incontinencia puede causar humedad, lo que aumenta el riesgo de irritación y úlceras

Movilidad



La falta de movilidad puede aumentar la presión sobre ciertos puntos del cuerpo.

Otros Factores

Incluyen condiciones médicas subyacentes, cirugía reciente, o traumatismos.

ESCALA WATERLOW

EDAD	MOVILIDAD	DEFICIENCIA NEUROLÓGICA	MALNUTRICIÓN DE LOS TEJIDOS	INCONTINENCIA	APETITO
15 - 49	0 Completa	0 Ninguna	0 Ninguna	0 Total / Catéter	0 Promedio
50 - 64	2 Agitado	1 Diabetes	1 Fumador	1 Incontinencia Ocasional	1 Poco
65 - 74	3 Apático	2 Esclerosis Múltiple	2 Anemia	2 Incontinencia Fecal / Catéter	2 Solo alimentación por tubo
75 - 80	4 Restringido	3 Accidente Cerebrovascular	3 Falla vascular periférica	3 Incontinencia Doble	3 Estómago vacío, anoréxico
81 años y +	5 Inmóvil (tracción) Paciente colocado en una silla	4 Déficit Motor y sensorial Paraplejia	4 Falla cardíaca		
			5 Malnutrición del tejido (ej. caquexia terminal) 8		
DROGAS	GÉNERO	CIRUGÍAS / TRAUMAS	CONTEXTURA / PESO PARA ALTURA	TIPO DE PIEL / ÁREAS DE RIESGO VISIBLES	PUNTAJE TOTAL =
0 Ninguna	1 Masculino	0 Ninguna	0 Promedio (proporcional)	0 Saludable	
1 Citotóxicas	2 Femenino	1 Ortopédica, columna baja, cirugías por más de 2 horas	1 Encima del promedio (pesado)	1 Fina / Frágil	
2 Esteroides			2 Obeso	2 Seca / Deshidratada	
3 Antiinflamatorias			3 Debajo del promedio (delgado)	3 Inflamada / Húmeda	
				3 Decolorada	
				3 Irritada / Rota	

Interpretación de los resultados

- Riesgo: Puntuación total de Waterlow 10.
- Riesgo alto: Puntuación total de Waterlow 15.
- Riesgo muy alto: Puntuación total de Waterlow 20.

ESCALAS (RIESGO DE CAÍDAS)

Concepto

Las escalas de riesgo de caídas son herramientas utilizadas para evaluar la probabilidad de que una persona se caiga, identificando factores de riesgo que aumentan esta probabilidad. Estas escalas ayudan a los profesionales de la salud a tomar decisiones sobre la prevención y el tratamiento de caídas.

Prevención

En el hospital, esto incluye evaluar el riesgo de caída del paciente, mantener un entorno seguro y ofrecer asistencia para levantarse y caminar. **En casa**, se trata de asegurar que la vivienda esté libre de obstáculos y que se tomen precauciones al subir escaleras o usar baños.

Causas

Las causas de riesgo de caídas, tanto en el hospital como en casa, son múltiples y pueden ser clasificadas en factores **intrínsecos** (relacionados con el individuo) y **extrínsecos** (relacionados con el entorno).

Tratamiento

- Mantener al paciente estable y seguro.
- Evaluar la gravedad de la caída y las posibles lesiones (cortes, raspaduras, moretones, fracturas).
- Llamar al código de emergencia si el paciente está inconsciente, no respira o no tiene pulso.
- Iniciar la RCP si es necesario.
- Mantener al paciente en posición anatómica adecuada.

Complicaciones

- Lesiones físicas: Fracturas óseas, contusiones, esguinces, roturas de ligamentos y lesiones en órganos internos.
- Complicaciones de salud: Úlceras por presión, infecciones, aumento de la mortalidad.
- Consecuencias psicológicas: Temor a caer, ansiedad, depresión.

Escala de Downton

También conocida como Fall Risk Score, **fue creada por el Dr. J.H. Downton en la década de 1990** en Salford, Manchester, Inglaterra. Es una herramienta utilizada para evaluar el riesgo de caídas en pacientes, especialmente en personas mayores y en aquellos hospitalizados.

Medicamentos



Se consideran los medicamentos que pueden aumentar el riesgo de caídas, como sedantes, hipnóticos o diuréticos.

Déficits Sensoriales



Se evalúan problemas de visión o audición, así como la presencia de otras afectaciones que puedan influir en el equilibrio.

Estado Mental



Se considera el estado de confusión, agitación o deterioro cognitivo, ya que estos factores pueden aumentar el riesgo de caídas.

Historial de Caídas



Se considera el número de caídas previas en los últimos doce meses.

Deambulación



Se evalúa la marcha, la movilidad y la necesidad de dispositivos de ayuda para la deambulación, como bastones o muletas.

Evalúa

ESCALA DE DOWNTON

Caídas previas

Sí No
1 0

MEDICAMENTOS

- 1 Tranquilizantes
- 1 Diuréticos
- 1 Hipotensores
- 1 Antiparkinsonianos
- 1 Antidepresivos
- 1 Otros medicamentos

Interpretación de los resultados

- Alto Riesgo: Valor igual o mayor a 3
- Mediano Riesgo: Valor de 1 a 2
- Bajo Riesgo: Valor de 0 a 1

DÉFICITS SENSORIALES

- 0 Ninguno
- 1 Alteraciones visuales
- 1 Alteraciones auditivas
- 1 Extremidades

ESTADO MENTAL

- 0 Orientado
- 1 Confuso



Escala de Morse

Fue desarrollada en **1985** por la enfermera **Susan Morse** como una forma de identificar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. para la evaluación del riesgo de caídas en pacientes. Este método es fundamental, especialmente en entornos hospitalarios, ya que permite identificar a los pacientes que tienen una mayor probabilidad de sufrir caídas y, por lo tanto, desarrollar intervenciones adecuadas para reducir esos riesgos

Uso de Dispositivos de Asistencia



Aquellos pacientes que utilizan muletas, bastones o andadores presentan una mayor probabilidad de caídas.

Historial de Caídas Previas



Un antecedente de caídas aumenta significativamente el riesgo de que se produzcan nuevas caídas.

Condición Mental



Pacientes con alteraciones cognitivas o mentales, como aquellos con demencia, tienen un riesgo mayor de caídas.

Diagnósticos Médicos



Algunas condiciones, como enfermedades neurológicas o problemas musculoesqueléticos, también elevan el riesgo de caídas.

Ambiente Físico



El entorno en el que el paciente se encuentra juega un papel crucial, por ejemplo, la falta de iluminación o superficies resbaladizas..

ESCALA DE MORSE

CAÍDAS RECIENTES (Últimos 3 meses)	No	0
	Si	25
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	No	0
	Si	15
AYUDA PARA DEAMBULAR	Reposo en cama. Asistencia de enfermería	0
	Bastón/Muletas/Andador	15
	Se apoya en los muebles	30
VÍA VENOSA	No	0
	Si	20
DEAMBULACIÓN	Normal/Inmovilizado/en reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada. Requiere asistencia	20
CONCIENCIA/ ESTADO MENTAL	Consciente de sus limitaciones	0
	No consciente de sus limitaciones	15

Interpretación de los resultados

- Alto Riesgo: Valor mayor o igual que 51
- Bajo Riesgo: Valor de 25-50
- Sin Riesgo: Valor de 0 a 25

Escala Tinetti

La Escala Hendrich II, una herramienta para evaluar el riesgo de caídas, fue desarrollada por **Alice Hendrich** en **2003**. Esta escala se utiliza principalmente en entornos hospitalarios para identificar a pacientes con mayor riesgo de sufrir una caída.

Equilibrio

Evalúa

- **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

- **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.

ESCALA TINETTI

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
Inestable.....	0
Estable.....	1
GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
SENTARSE	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2
TOTAL EQUILIBRIO / 16	

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "paso rápido, pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
SIMETRIA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1
TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)	
Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados.....	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1
TOTAL MARCHA / 12	
TOTAL GENERAL / 28	

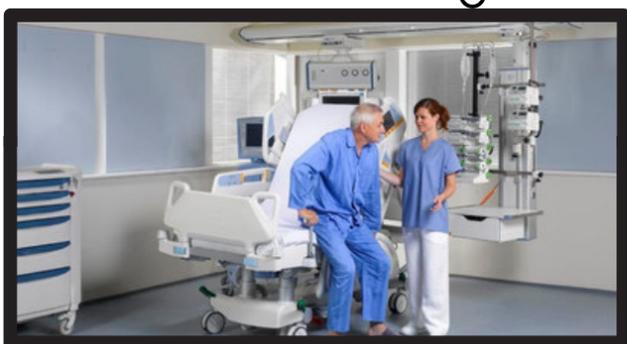
Interpretación de los resultados

- Alto riesgo de caídas (puntuación total 18)
- Riesgo moderado de caídas (puntuación total 19-24)
- Riesgo de caídas (puntuación total 25)

ESCALAS DEL DOLOR

Concepto

Son herramientas utilizadas para cuantificar y evaluar la intensidad del dolor en personas, permitiendo así una mejor comprensión y gestión de la experiencia dolorosa. Existen diferentes tipos de escalas, cada una con sus particularidades y aplicaciones específicas.



Escala Visual Analógica (EVA)

Fue inicialmente propuesta por **Hayes y Patterson en 1921**. 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.

Evalúa

Esta escala de dolores sirve solo para medir la intensidad del propio dolor según lo percibe el paciente.

Se realiza

- La EVA es subjetiva y la puntuación puede variar según la interpretación del paciente.
- Es importante explicarle al paciente cómo funciona la escala y asegurarse de que comprende las instrucciones.
- Se pueden usar otras escalas para el dolor como la Escala Numérica de Dolor (ENS) o la Escala Verbal de Dolor (EVN).

ESCALA EVA



Interpretación de los resultados

Ausencia de dolor (0-4 mm)
Dolor leve (5-44 mm),
Dolor moderado (45-74 mm)
Dolor intenso (75-100 mm).

Interpretación detallada de los resultados de la EVA:

- Ausencia de dolor: El paciente no percibe dolor o lo percibe de forma mínima.
- Dolor leve: El paciente describe el dolor como molesto, pero tolerable.
- Dolor moderado: El dolor es más intenso, interfiere con las actividades diarias y requiere atención médica.
- Dolor intenso: El dolor es muy fuerte, incapacitante y requiere tratamiento médico urgente.

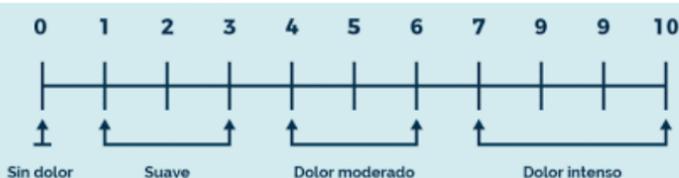
Escala Numérica Verbal

Fue descrita por **Downie en 1978**. Esta es la más común cuando entras en la consulta y el médico te pregunta: "Del 1 al 10 dime ¿cuánto te duele?"

Evalúa

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.

ESCALA ENV



Interpretación de los resultados

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.

Escala Verbal Simple

Fue propuesta **por Keele en 1948**. 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.

Evalúa

Define el grado de intensidad de su dolor

ESCALA EVS



Interpretación de los resultados

- 0: No hay dolor.
- 1-3: Dolor leve.
- 4-6: Dolor moderado.
- 7-10: Dolor intenso, el peor dolor imaginable.

Escala de expresión facial (EFF)

Fue creada por **Wong y Baker en la década de 1980**. Se conoce también como escala facial de Wong y Baker. Se utiliza sobre todo en la edad pediátrica y muestra la representación de una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría al llanto.

Evalúa

El paciente tiene que indicar la cara que mejor representa la intensidad de su dolor en el momento del examen.

ESCALA EFF



Escala FLACC

Esta escala de dolor humano mide parámetros objetivos. Es una escala conductual que evalúa el dolor en niños que no pueden comunicar verbalmente su nivel de dolor, como bebés y niños pequeños. fue creada en **1997 por Sandra I. Merkel, Terri Voepel-Lewis y Jay R. Shayevitz**.

Evalúa

La intensidad del dolor en niños menores de tres años, consta de 5 ítems o apartados

ESCALA FLACC

Calificación del dolor de 0 a 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)

	0	1	2
Cara	Relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandibula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

Interpretación de los resultados

- 0: No hay dolor.
- 1-2: Dolor leve.
- 3-5: Dolor moderado.
- 6-8: Dolor intenso
- 9-10: Máximo dolor imaginable.

McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Es la que se utiliza más comúnmente de todas las escalas, consta de tres categorías (Emocional, Sensorial y Evaluativo) con diversos ítems para que el paciente pueda dar una descripción más detallada de su nivel de dolor intenso y pueda dar una mejor y más detallada descripción para un mejor diagnóstico. Fue creado **por Ronald Melzack y W.T. Torgerson y se desarrolló en la Universidad de McGill en 1971.**

Evalúa



Sensorial: Descriptores relacionados con la sensación física del dolor, como punzante, quemante o pulsátil.
Afectivo: Descriptores relacionados con las emociones asociadas al dolor, como angustia, miedo o irritabilidad.
Evaluativo: Descriptores relacionados con la percepción del dolor en general, como debilitante, insoportable o intolerable.

ESCALA MPQ

<p>Temporal I</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A golpes <input type="radio"/> Continuo <p>Temporal II</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Repetitivo <input type="radio"/> Insistente <input type="radio"/> Interminable <p>Localización I</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Impreciso <input type="radio"/> Bien delimitado <input type="radio"/> Extenso <p>Localización II</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Repartido <input type="radio"/> Propagado <p>Punción</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como un pinchazo <input type="radio"/> Como agujas <input type="radio"/> Como un clavo <input type="radio"/> Punzante <input type="radio"/> Perforante <p>Incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como si cortase <input type="radio"/> Como una cuchilla <p>Constricción</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como un pellizco <input type="radio"/> Como si apretara <input type="radio"/> Como agarrotado <input type="radio"/> Opresivo <input type="radio"/> Como si exprimiera <p>Tracción</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tirantez <input type="radio"/> Como un tirón <input type="radio"/> Como si estirara <input type="radio"/> Como si arrancara <input type="radio"/> Como si desgarrara 	<p>Térmico I</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Calor <input type="radio"/> Como si quemara <input type="radio"/> Abrasador <input type="radio"/> Como hierro candente <p>Térmico II</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Frialdad <input type="radio"/> Helado <p>Sensibilidad táctil</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como si rozara <input type="radio"/> Como un hormigueo <input type="radio"/> Como si arañara <input type="radio"/> Como si raspara <input type="radio"/> Como un escozor <input type="radio"/> Como un picor <p>Consistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pesadez <p>Miscelánea sensorial I</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como hinchado <input type="radio"/> Como un peso <input type="radio"/> Como un flato <input type="radio"/> Como espasmos <p>Miscelánea sensorial II</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Como latidos <input type="radio"/> Concentrado <input type="radio"/> Como si pasara corriente <input type="radio"/> Calambrazos <p>Miscelánea sensorial III</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Seco <input type="radio"/> Como martillazos <input type="radio"/> Agudo <input type="radio"/> Como si fuera a explotar 	<p>Tensión emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Fastidioso <input type="radio"/> Preocupante <input type="radio"/> Angustioso <input type="radio"/> Exasperante <input type="radio"/> Que amarga la vida <p>Signos vegetativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nauseoso <p>Miedo</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Que asusta <input type="radio"/> Temible <input type="radio"/> Aterrador <p>Categoría valorativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Débil <input type="radio"/> Soportable <input type="radio"/> Intenso <input type="radio"/> Terriblemente molesto <div style="text-align: center;"> </div>
---	---	---

Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual.

Leve, débil, ligero
 Moderado, molesto, incómodo
 Fuerte
 Extenuante, exasperante
 Insoportable

Marque una cruz sobre la línea, indicando cuánto dolor tiene actualmente.

Sin dolor Dolor insoportable

PRI-S: ____ PRI-E: ____ PRI-V: ____ PRI-M: ____ PRI-TOTAL: ____

Número de palabras: ____ PPI: ____ EAV (0-10): ____



Interpretación de los resultados

- Puntuación mínima: 0 (indica la ausencia de dolor).
- Puntuación máxima: 78 (indica un dolor intenso).
- Puntuación general: Se suma la intensidad de las palabras seleccionadas para cada descriptor, obteniendo un rango de 0 a 78.
- Subpuntuaciones: Las puntuaciones para los dominios sensorial, afectivo y evaluativo permiten identificar qué aspectos del dolor son más prominentes.

Cuestionario DN4

La escala DN4 es un cuestionario sirve para una mejor detección del dolor neuropático, consta de 4 preguntas o ítems en los cuales se puntúa de 0 (No) a 1 (Si), la nota de corte para la escala de valoración del dolor es igual o mayor que 4. Fue creado por el **Grupo Francés de Dolor Neuropático en 2005.**

ESCALA DN4

Paso 1. Pregunte al paciente

Pregunta 1.
¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2.
¿Se asocia el dolor a uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sensación de alfileres o agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Picazón o comezón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paso 2. Examine al paciente

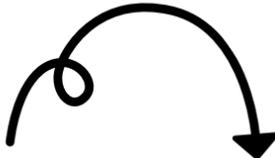
Pregunta 3.
¿En el área del dolor, el examen físico muestra un o más de las siguientes características?

	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hipoestesia a los pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4.
En la zona del dolor, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado o toque de algodón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evalúa



Sensorial: Descriptores relacionados con la sensación física del dolor, como punzante, quemante o pulsátil.
Afectivo: Descriptores relacionados con las emociones asociadas al dolor, como angustia, miedo o irritabilidad.
Evaluativo: Descriptores relacionados con la percepción del dolor en general, como debilitante, insoportable o intolerable.

Interpretación de los resultados

- 4 o más: Indica una alta probabilidad de dolor neuropático.
- Menos de 4: El dolor neuropático es menos probable.

ESCALAS PARA VALORACIÓN DE PIE DIABÉTICO

Aumento de presiones en pie "desprotegido" por falta de sensibilidad

↑ RIESGO DE ULCERACIÓN



Concepto

Son herramientas clínicas que permiten evaluar la gravedad y las características de las lesiones en los pies de personas con diabetes.

Complicaciones

Daño en los nervios y vasos sanguíneos, lo que puede resultar en úlceras, infecciones y, en casos graves, amputaciones.

Tratamiento

Se enfoca en controlar la diabetes, prevenir y tratar úlceras y amputaciones, y manejar la infección. Esto incluye un manejo cuidadoso de la herida, la descarga del pie, el control de la glucosa en sangre, la terapia antimicrobiana, y en algunos casos, la cirugía.

Tratamiento:

Control de la diabetes:

Mantener la glucosa en sangre dentro del rango objetivo es crucial para prevenir daños en los nervios y vasos sanguíneos, que son los causantes del pie diabético, .

Prevención de úlceras:

El cuidado diario de los pies, incluyendo lavar y secar bien los pies, evitar el uso de zapatos ajustados, y usar calcetines suaves, ayuda a prevenir la aparición de úlceras, dice MedlinePlus.

San Elián

Fue creada por un equipo de investigadores en México y no por una persona individual. Fue desarrollada a partir de un estudio realizado con 235 personas con diabetes. La clasificación de San Elián no tiene una fecha de creación específica, pero fue utilizada en estudios realizados a partir de 2012.

ESCALA SAN ELIÁN

Evalúa

Localización de la úlcera:

Se considera la ubicación específica de la úlcera en el pie, ya que la localización puede influir en el pronóstico y la dificultad de cicatrización.

Presencia y gravedad de la neuropatía:

La neuropatía periférica puede afectar la sensibilidad y la capacidad de cicatrización, lo que impacta en la gravedad de la úlcera.

Presencia y grado de enfermedad arterial periférica (EAP):

La EAP puede comprometer la irrigación sanguínea y dificultar la cicatrización, lo que puede agravar la úlcera.

Presencia y gravedad de infección:

La infección puede prolongar la cicatrización y aumentar el riesgo de complicaciones, como amputaciones.

Tipo y profundidad de la úlcera:

Se evalúa si la úlcera es superficial, profunda o si afecta a tejidos blandos y huesos.

Estado de los bordes de la úlcera:

Se observa si los bordes están bien definidos, si hay tejido de granulación (nuevo tejido que repara la herida), o si hay tejido necrótico (muerto).

Presencia y tipo de exudado:

Se evalúa la cantidad, el color y la consistencia del exudado (líquido que sale de la herida).

Presencia de dolor:

El dolor puede ser un indicador de infección o de la gravedad de la úlcera.

Evolución de la úlcera a lo largo del tiempo:

Se evalúa si la úlcera está cicatrizando, si está empeorando o si se mantiene estable.

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

Interpretación de los resultados

- Grado I (leve):** Puntuación menor a 10 puntos. Indica úlceras superficiales, con buen pronóstico de cicatrización.
- Grado II (moderado):** Puntuación entre 11 y 20 puntos. Presenta una amenaza parcial, con resultados dependientes de una terapéutica adecuada y respuesta biológica del paciente.
- Grado III (grave):** Puntuación entre 21 y 30 puntos. Indica una amenaza importante para la extremidad afectada y la vida.

Wagner

Utilizada para clasificar la gravedad de las úlceras del pie diabético, fue descrita por **Meggitt en 1976 y popularizada por Wagner en 1981**. Este sistema de clasificación utiliza seis categorías o grados para describir diferentes tipos de lesiones en el pie diabético.

ESCALA WAGNER

Evalúa

Profundidad de la úlcera:

La escala considera si la úlcera afecta la piel, tejidos blandos, huesos o incluso genera osteomielitis.

Extensión de la úlcera:

Se evalúa el tamaño y la forma de la lesión.

Infección:

La presencia o ausencia de signos de infección (inflamación, calor, pus) se considera en la clasificación.

Isquemia:

La escala también puede considerar la presencia o ausencia de isquemia (disminución del flujo sanguíneo).

Interpretación de los resultados

La Escala de Wagner sirve como una herramienta para clasificar y evaluar el estado de las úlceras, lo que ayuda a determinar la gravedad de la lesión y el riesgo de complicaciones como la amputación.

GRADO 0

Sin lesión, pero pie de riesgo por callos gruesos, deformidades óseas y dedos en garra

GRADO 1

Úlceras superficiales. Destrucción total del espesor de la piel (afecta solo la epidermis y/o la dermis)

GRADO 2

Úlceras profundas e infectadas. Penetra piel grasa, ligamentos, pero sin afectar tejido óseo.

GRADO 3

Úlceras profundas con abscesos u osteomielitis (infección ósea). Extensa y profunda, mal olor y presencia de secreción

GRADO 4

Gangrena limitada. Necrosis de una parte del pie, de los dedos, talón o planta.

GRADO 5

Gangrena extensa. Todo el pie afectado



SINBAD

Es un sistema utilizado para evaluar y clasificar úlceras en pie diabético. Fue creada por **Ince y colaboradores en 2008**. Se utiliza para valorar la gravedad de la úlcera y predecir el riesgo de eventos adversos, como la necesidad de amputación o la falta de cicatrización.

ESCALA SINBAD

Categoría	Definición	SINBAD puntuación
Lugar	Antepié	0
	Mediopié y retropié	1
Isquemia	Pulsos pedios intactos (al menos un pulso palpable)	0
	Evidencias clínicas de disminución de flujo en pulsos pedios	1
Neuropatía	Sensación protectora intacta	0
	Sensación protectora perdida	1
Infección bacteriana	Ninguna	0
	Presente	1
Área	Úlcera < 1 cm ²	0
	Úlcera ≥ 1 cm ²	1
Profundidad	Úlcera que afecta a piel o tejido subcutáneo	0
	Úlcera que afecta a músculo, tendón o + profundidad	1
Puntuación total posible		0-6

Interpretación de los resultados

- Puntuación baja (0-3):
 - Menor riesgo de complicaciones graves.
 - Mayor probabilidad de cicatrización con un tratamiento adecuado.
 - Menor tiempo de hospitalización.
- Puntuación alta (4-6):
 - Mayor riesgo de complicaciones, como infecciones, amputaciones y falta de cicatrización.
 - Mayor tiempo de hospitalización.
 - Puede requerir un tratamiento más agresivo y complejo.

Evalúa

Localización

Ubicación de la úlcera en el pie (mediopié, retropié, etc.).



Isquemia

Presencia o ausencia de flujo sanguíneo adecuado en el pie.



Neuropatía

Presencia de daño en los nervios, lo que puede causar pérdida de sensibilidad.



Infección bacteriana:

Presencia de infección en la úlcera.



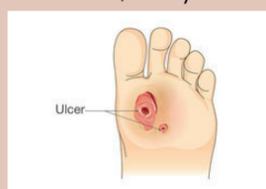
Área

Tamaño de la úlcera.



Profundidad

Afectación de la úlcera a tejidos profundos (hueso, tendón, etc.).



PEDIS

Es un sistema de clasificación utilizado para evaluar la gravedad y el estadio de las lesiones en el pie diabético, con un énfasis en la infección. Fue creada por el **equipo de investigación de la Universidad de Texas en el año 2008**.

ESCALA PEDIS

IDSA/SEACV Severidad de la infección	Signos clínicos de la infección	IWGDF- Grado PEDIS
No infección	Ausencia de signos inflamatorios y de supuración	Grado 1
Infección leve	Ausencia de signos sistémicos de infección Evidencia de pus o > 2 signos de inflamación	Grado 2
Infección moderada-leve	Ausencia de signos sistémicos de infección. Celulitis > 2 cm , infección tisular profunda (atravesada supera tejido celular subcutáneo) sin absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis ni isquemia crítica.	Grado 3
Infección moderada-grave	Ausencia de signos sistémicos de infección Celulitis > 2 cm , profunda (atravesada supera tejido celular subcutáneo), con absceso, linfangitis, artritis, osteomielitis, miositis o isquemia crítica).	
Infección grave	Cualquier infección que se acompañe de toxicidad sistémica (fiebre, escalofríos, vómitos, confusión, inestabilidad metabólica, shock)	Grado 4

Interpretación de los resultados

Puntuaciones 7 han demostrado ser específicas para úlceras que no cicatrizan, amputación o muerte a los 6 meses,

Evalúa

Perfusión

Evalúa el flujo sanguíneo en el pie. Una mala perfusión (isquemia) puede dificultar la cicatrización de las úlceras y aumentar el riesgo de infección y amputación.

Extensión

Refiere al tamaño de la úlcera y se mide en centímetros cuadrados. Una úlcera más grande generalmente indica una mayor gravedad y mayor tiempo de cicatrización.

Profundidad

Indica la penetración de la úlcera en los tejidos. Se clasifica en grados, desde superficial hasta involucrando tendones, huesos y gangrena.

Infección

Evalúa la presencia de signos de infección, como eritema, calor, dolor, induración, edema, supuración o celulitis. La Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) también clasifica la gravedad de la infección en niveles,

Sensibilidad

Evalúa la presencia de neuropatía sensitiva (pérdida de la sensación). Se puede realizar con el monofilamento de Semmes-Weinstein (SWM) para detectar zonas con pérdida de sensibilidad.

Referencia Bibliográfica

1. <https://neurocenter.mx/escala-braden/#:~:text=La%20Escala%20de%20Braden%20es,Percepci%C3%B3n%20sensorial>
2. <https://www.esheformacion.com/blog/36/que-es-la-escala-de-norton-y-que-mide#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Departamento%20de%20Salud,de%20este%20tipo%20de%20%C3%BAlceras.>
3. <https://neurorehabilitacion.mx/escala-arnell/#:~:text=La%20escala%20de%20Arnell%20es,del%20paciente%20durante%20la%20rehabilitaci%C3%B3n.>
4. <https://ulceras.net/userfiles/files/nova5.pdf>
5. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100007#:~:text=La%20escala%20EMINA%20valora%20cinco,los%20de%20m%C3%A1ximohhttps://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=Escala%20de%20Downton%20o%20Escala%20de%20Riesgo%20de%20Ca%C3%ADdas,-La%20escala%20de&text=Consta%20de%20cinco%20dimensiones%20\(ca%C3%ADdas,el%200%20y%20el%2014.%20riesgo9.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000100007#:~:text=La%20escala%20EMINA%20valora%20cinco,los%20de%20m%C3%A1ximohhttps://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=Escala%20de%20Downton%20o%20Escala%20de%20Riesgo%20de%20Ca%C3%ADdas,-La%20escala%20de&text=Consta%20de%20cinco%20dimensiones%20(ca%C3%ADdas,el%200%20y%20el%2014.%20riesgo9.)
6. <https://itsqmet.edu.ec/escala-de-morse/#:~:text=La%20escala%20de%20Morse%20fue,de%20ca%C3%ADdas%20en%20pacientes%20hospitalizados.>
7. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1B4EFF2E-1BF8-4A2D-AAED-40ECAF580E4A/477288/MAPAC_caidas_def.pdf
8. <file:///C:/Users/jazmi/Downloads/escalas de evaluacion del dolorsubido.pdf>
9. https://www.hospitalquillotapetorca.cl/wp-content/uploads/2024/02/P_VNo4_GCL-1.3_ManejoYEvaluacionDolorPostoperatorio-1-1.pdf
10. <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
11. [https://clinicadolormonterrey.com/quien-creo-escala-visual-analoga-dolor/#:~:text=Origen%20de%20la%20Escala%20Visual%20An%C3%A1loga%20\(EVA\),utilizar%20la%20EVA%20para%20medir%20el%20dolor.&text=%20Scott%20y%20Huskisson%20\(1976\):%20Estos%20investigadores,la%20evaluaci%C3%B3n%20del%20dolor%20en%20entornos%20cl%C3%ADnicos.](https://clinicadolormonterrey.com/quien-creo-escala-visual-analoga-dolor/#:~:text=Origen%20de%20la%20Escala%20Visual%20An%C3%A1loga%20(EVA),utilizar%20la%20EVA%20para%20medir%20el%20dolor.&text=%20Scott%20y%20Huskisson%20(1976):%20Estos%20investigadores,la%20evaluaci%C3%B3n%20del%20dolor%20en%20entornos%20cl%C3%ADnicos.)
12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034195#:~:text=RESULTADOS:%20La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20San,para%20evaluar%20las%20diversas%20partes.>
13. [https://pro.arcgis.com/es/pro-app/3.3/help/mapping/properties/wagner-iv.htm#:~:text=Wagner%20IV%20es%20una%20proyecci%C3%B3n,\(Karlheinz\)%20Wagner%20en%201932.](https://pro.arcgis.com/es/pro-app/3.3/help/mapping/properties/wagner-iv.htm#:~:text=Wagner%20IV%20es%20una%20proyecci%C3%B3n,(Karlheinz)%20Wagner%20en%201932.)