



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

ASIGNATURA: PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA 1.

ACTIVIDAD: SUPER NOTA : ESCALAS.

DOCENTE: LIC. ENF. MARIANO WALBERTO BALCÁZAR VELASCO.

ALUMNA: VERONICA SÁNCHEZ DE LA CRUZ.

CUATRIMESTRE: 6º CUATRIMESTRE.

GRUPO: "B"

PICHUCALCO, CHIAPAS

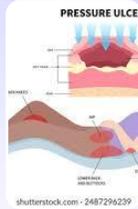
24 DE MAYO DEL 2025

Úlceras por presión.

¿Qué es?



La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.



Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

- Presión.
- Fricción.
- De pinzamiento vascular.

Factores de riesgo:

- a) Fitopatológicos.
- b) Derivados del tratamiento.
- c) Situacionales.

Valoración de la lesión.

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya:

- a) **Localización y número de lesiones:** Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.
- b) **Estadio:** tiene en cuenta su aspecto externo.

Escalas para úlceras por presión.

¿Qué son?

Una escala de valoración del riesgo de desarrollar UPP (EVRUPP) es un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo.

Objetivos:

- 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.

Ventajas:

- Asegura la asignación eficiente y efectiva de recursos preventivos limitados.
- Sirve de soporte de las decisiones clínicas.
- Permite el ajuste de casos, en función del riesgo en estudios epidemiológicos.
- Facilita el desarrollo de protocolos de valoración del riesgo.
- Sirve como prueba en casos de litigios.

Escala de Norton.

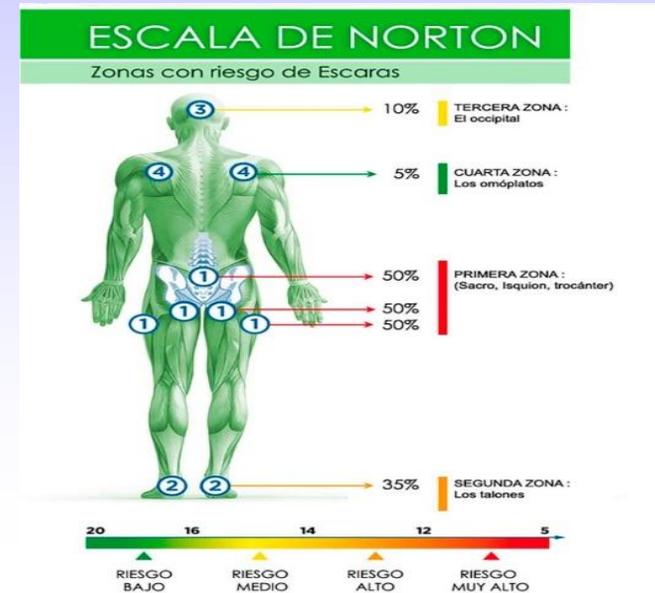
La escala de **Norton** se utiliza para evaluar el riesgo de que un paciente desarrolle lesiones por presión.

Su **objetivo** es prevenir la aparición de este tipo de lesiones.

Se utiliza generalmente en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos como en pacientes en una unidad hospitalaria.

Se clasifica en:

- **Condición física:** se tienen en cuenta aspectos, como el número de comidas y la ingesta de líquido. También se analiza la temperatura y el nivel de hidratación.
- **Estado mental:** se lleva a cabo a través de una serie de preguntas para apreciar la capacidad de respuesta del paciente.
- **La actividad:** la observación directa es esencial para concretar este aspecto. Se analiza si el paciente camina sin ayuda o si necesita el apoyo de una persona o ayuda ortopédica.
- **La movilidad:** la persona puede estar inmóvil o tener una movilidad muy limitada, incluso disminuida.
- **La incontinencia:** puede tratarse de urinaria y/o fecal, de casos ocasionales o de su inexistencia.



ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMAD O	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
 PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
 PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
 PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.

Escala de Braden.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Es un método evaluativo desarrollado para predecir el riesgo de úlceras por presión en pacientes con movilidad limitada.

¿CUÁL ES SU FUNCIÓN?

Se basa en seis subescalas que miden la exposición y la tolerancia de la piel a la fricción.

SUBESCALAS

- ❖ Percepción sensorial.
- ❖ Exposición a la humedad.
- ❖ Actividad física.
- ❖ Movilidad.
- ❖ Nutrición.
- ❖ Roce de peligro y lesiones (Fricción y cizallamiento).



ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

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



puntuación ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12
 RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.
 RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos. o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético. o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece. o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Escala de 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.

Tras revisar los factores que intervienen en la etiología y la patogénesis de las UPP, Waterlow presentó una escala con seis subescalas:

- Relación talla/peso
- Continencia
- Aspecto de la piel
- Movilidad
- Edad/sexo
- Apetito)

Y cuatro categorías de otros factores de riesgo

- Malnutrición tisular
- Déficit neurológico
- Cirugía
- Medicación

El sistema de puntuación se divide en tres categorías:

- Riego bajo (puntuación 10-14).
- Riesgo medio (puntuación 15-19).
- Alto riesgo (puntuación 20+).

Tabla 1 Escala Waterlow para medición del riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP)

<i>Riesgo básico</i>	<i>Riesgo básico</i>	<i>Riesgo básico</i>	<i>Riesgos especiales</i>
<i>Constitución física</i>	<i>Aspecto de la piel</i>	<i>Sexo/edad</i>	<i>Malnutrición tisular</i>
<i>IMC^a</i>	<i>Zonas de riesgo</i>		
Normal	0 Integridad	0 Varón	1 Caquexia terminal 8
Por encima de la media	1 Piel muy fina, seca,	1 Mujer	2 Fallo cardíaco (se puntúa 5
(sobrepeso)	húmeda, edematosa	0-13	en pacientes tratados con
		14-49	catecolaminas: adrenalina,
			noradrenalina, efedrina,
			fenilefrina, vasopresina
			y dopamina a dosis α)
		50-64	2 Enfermedad vascular 5
			periférica
Obesidad	2 Cambio de la coloración	2 65-74	3 Anemia (< 9 gr./dl) 2
		75-80	
Por debajo de la media (delgado)	3 Pérdida de integridad	3 >81	5
<i>Continencia</i>	<i>Movilidad</i>	<i>Apetito/nutrición</i>	<i>Déficit neurológico</i>
Continente/sondado	0 Movilidad completa	0 Normal/enteral o 0	Diabetes, esclerosis múltiple, 5
		parenteral	ACV, paraplejía sensitiva-
		(≥ 1.500 kcal/24h)	motora. Pacientes tratados
			con relajantes musculares
Incontinencia ocasional	1 Agitado, inquieto	1 Poco/enteral o 1	<i>Cirugía mayor/traumatológica</i>
(1-2 micciones; 1 deposición		parenteral	Cirugía mayor (> de 2 h) 5
formada o no en 24 h)		(< 1.500 kcal/24h)	Cirugía ortopédica: medular
			o por debajo de la cintura
Sondado e incontinencia fecal	2 Apático	2 Nada por boca/ 2	
(≥ 2 deposiciones formadas		fluidoterapia: incluye	
en 24 h)		aminoácidoso lípidos	
Incontinencia urinaria	3 Movilidad limitada	3 Ningún tipo de nutrición 3	<i>Medicación</i>
(> 2 micciones) o fecal	Inmovilidad por tracción		Citostáticos, antiinflamatorios 4
(≥ 2 deposiciones líquidas	Incapacidad total para		Dosis altas de esteroides:
o semilíquidas en 24 h)	el movimiento		hidrocortisona (Actocortina [®])
			≥ 1 mg/kg/día, prednisona
			(Dacortin [®]) ≥ 1 mg/kg/día,
			metilprednisolona
			(Solumoderin [®])
			$\geq 0,25$ mg/kg/día,
			dexametasona
			(Fortecortin [®])
			$\geq 0,20$ mg/kg/día

^aPara saber la constitución física se calcula el índice de masa corporal (IMC) y la puntuación que se obtiene se confronta con la clasificación del sobrepeso y la obesidad (SEEDO'2000)²⁸.

Escalas riesgo de caída.

En el **campo de la enfermería** y la medicina existen distintas escalas para evaluar el **riesgo de caídas de los pacientes**, especialmente en el caso de las personas mayores. Una de estas escalas es la **Escala de Downton**, que mide el riesgo de caídas con una puntuación numérica, siendo mayor el riesgo a mayor puntuación.

Escala de Downton.

¿Qué es?

La *escala Downton* se utiliza para **evaluar el riesgo que tienen las personas mayores de sufrir una caída**. La finalidad de esta evaluación es **prevenir caídas que pueden tener graves consecuencias** (lesiones, roturas o complicaciones más graves).

Resultado final de evaluación.

El resultado final de esta evaluación nos dará un valor entre el 0 y el 14. Si la puntuación obtenida según la escala de Downton es superior a 3 se considera que existe riesgo de caídas.

Si la puntuación es igual o inferior a 2 se considera que el paciente no necesitará ningún cuidado específico relacionado con el riesgo de caídas.

La **escala de Downton** evalúa distintas variables realizando una serie de preguntas al paciente. Consta de cinco dimensiones (caídas previas, déficits sensoriales, estado mental, deambulación y medicamentos) y por cada factor de riesgo de caída se sumará un punto.

Algunas de las causas de las caídas en personas mayores son:

- Debilidad muscular, pérdida de fuerza.
- Problemas de equilibrio.
- Problemas de visión.
- Enfermedades crónicas como la diabetes, osteoporosis o enfermedades cardiacas.
- Deterioro cognitivo y demencia.
- Incontinencia Urinaria.
- Dificultad para caminar y falta de coordinación.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)

Alto riesgo: Mayor a 2 puntos

CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1



Escala de Morse.

Determinación del riesgo de caer (Escala de MORSE)

1-	Antecedentes de caídas	No	0
		Si	25
2-	Diagnóstico secundario	No	0
		Si	15
3-	Ayuda para deambular		0
	Reposo en cama / Asistencia de enfermería		15
	Bastón / Muletas / Andador		30
	Se apoya en los muebles		30
4-	Vía venosa	No	0
		Si	20
5-	Marcha		0
	Normal / Inmovilizado / Reposo en cama		15
	Débil		30
6-	Conciencia / Estado mental	Consiente de sus capacidades y limitación	0
		No consiente de sus limitaciones	15

RIESGO BAJO

Hasta 24

RIESGO MEDIO

25 de 44

RIESGO ALTO

45 y mas

¿Qué es la escala de morse?

La escala de Morse fue desarrollada en 1985 por la enfermera Susan Morse como una forma de identificar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Este instrumento se basa en una serie de preguntas y parámetros que evalúan factores como el historial de caídas del paciente, el estado mental, el tipo de tratamiento recibido, entre otros. La escala se clasifica en un rango numérico que va desde «bajo riesgo» hasta «alto riesgo».

Factores evaluados en la escala de morse:

- Historial de caídas previas:
- Condición mental:
- Uso de dispositivos de asistencia:
- Diagnósticos médicos:
- Ambiente físico.

Desventajas y Limitaciones

Aunque la escala de Morse es ampliamente utilizada, también presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. Algunas de las desventajas incluyen:

- **Subjetividad en la evaluación:** La aplicación de la escala puede depender de la interpretación del enfermero, lo que introduce cierto grado de subjetividad.
- **No mide todos los factores de riesgo:** Algunos factores, como la fatiga o el dolor, pueden no ser completamente evaluados por esta escala.
- **No incluye medidas preventivas específicas:** Aunque evalúa el riesgo, no ofrece recomendaciones detalladas sobre las intervenciones a seguir.

Factores Clave para la Prevención de Caídas

Las intervenciones para prevenir caídas basadas en la evaluación de la escala de Morse incluyen:

1. **Monitoreo constante del paciente:** Asegurar que los pacientes con alto riesgo sean supervisados con más frecuencia.
2. **Uso de dispositivos de seguridad:** Implementar medidas como barandas en las camas y alarmas para los pacientes con movilidad limitada.
3. **Educación al paciente y familia:** Enseñar a los pacientes y sus familias sobre los riesgos y cómo prevenir caídas.

Escala del 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.



¿Qué tipos de escala del dolor existen?

Debido a que el dolor es una experiencia que no se puede medir con ningún aparato, y es algo subjetivo y que depende de cada persona, **no todos tenemos el mismo umbral de dolor**, hay gente con mayor o menor resistencia. Por este motivo se han generado **varios tipos de escala de dolor para poder medir, analizar y poder tratar mejor a los pacientes**. Esto facilita el trabajo de médicos y otros profesionales sanitarios.

Escala Visual Analógica (EVA).

¿Qué es?

Sus siglas significan 'escala visual analógica'. Consiste en una **línea de 10 centímetros**. El paciente elegirá un valor entre el uno y el diez para **describir el dolor que siente**. Posteriormente, se deberán hacer las pruebas pertinentes que lo confirmen. Dependiendo de sus resultados, se elegirá el tratamiento más adecuado.



¿Cuál es el procedimiento para la escala de dolor EVA?

A la hora de llevar a la práctica el uso de la escala EVA se deben tener en cuenta algunos aspectos:

- Determinar el estado cognitivo del paciente.
 - Entrevista y anamnesis.
 - Inicio del dolor.
 - Historial médico.
 - Revisión física.
 - Antecedentes familiares.
 - Situación personal.
- ¿Cómo es el dolor?**
- Distribución y localización.
 - Calidad del dolor.
 - La intensidad.
 - La duración.
 - La evolución.

Escala Numérico Verbal (ENV).

En la escala de dolores, esta no deja de ser una ramificación del método EVA. En realidad, es una subcategoría que se traza de esta otra para **medir verbalmente la intensidad del dolor**.

La diferencia es que esta también se puede hacer preguntando directamente al paciente. Obviamente, se podría usar el mismo sistema de la regla para medirlo si el paciente no nos entiende.

El resultado se colocaría en diferentes **bloques de intensidad del dolor**:

- 0: ausencia total de dolor.
- 1-3: dolor suave.
- 4-6: dolor moderado.
- 7-10: dolor intenso o muy intenso.



Escala numérica

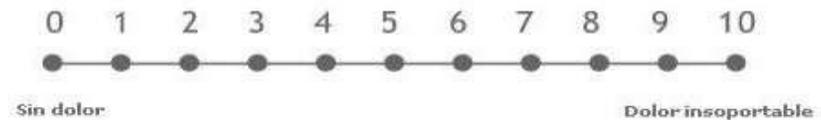
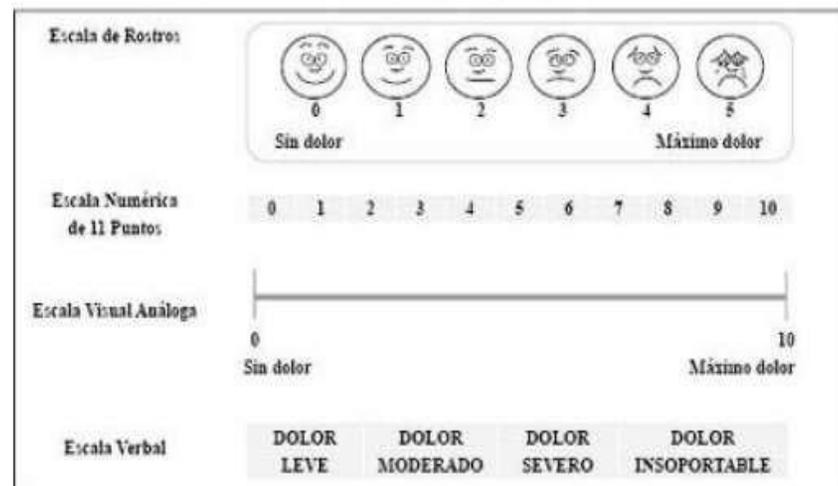


Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor



Escala Verbal Simpe (EVS).

La Escala Verbal Simple (EVS) utiliza **categorías descriptivas** para evaluar la intensidad del dolor. Por ejemplo:

- «Sin dolor»
- «Dolor leve»
- «Dolor moderado»
- «Dolor severo»

Se emplea para medir el dolor de **pacientes con dificultades** para conceptualizar números o líneas.

Sin embargo, puede ser menos exacta y sensible a pequeños cambios en la intensidad del dolor comparada con la EVA o ENV.

Escala verbal



Fuente: Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i les Balears 12; p82
www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/mo_me/mo_me12/catala/mome12.pdf

Escala de Expresiones Faciales (EEF).

La Escala de Expresiones Faciales, también conocida como Escala de Caras de Wong-Baker, se utiliza en **niños a partir de 3 años**. También en pacientes adultos con dificultades de comunicación verbal.

Consiste en una **serie de seis caras** que representan diferentes niveles de dolor. Así, un rostro sonriente expresa la ausencia de dolor, y mientras que uno lloroso hace referencia a un dolor muy intenso.

Además, **cada cara se asocia a un valor numérico (0, 2, 4, 6, 8, 10)**, para que el médico pueda cuantificar mejor el nivel de dolor expresado.

MEDICIÓN DEL DOLOR EN PEDIATRÍA ESCALA DE WONG-BAKER



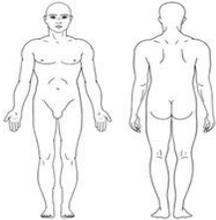
Cuestionario de Dolor de McGill.

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name: _____ Date Accomplished: _____

Clinician's name: _____

Instructions: Please select which words describe your pain by ticking the buttons for each subcategory.

1. FLICKERING (1) <input type="radio"/>	TAUT (2) <input type="radio"/>	Sensory Score (Items 1-10): _____ Affective Score (Items 11-15): _____ Evaluative Score (Item 16): _____ Total Score (Pain Rating Index): _____ Present Pain Intensity (PPI): _____
QUIVERING (2) <input type="radio"/>	RASPING (3) <input type="radio"/>	
PULSING (3) <input type="radio"/>	SPLITTING (4) <input type="radio"/>	PPI 0 NO PAIN _____ 1 MILD _____ 2 DISCOMFORTING _____ 3 DISTRESSING _____ 4 HORRIBLE _____ 5 EXCRUCIATING _____
THROBBING (4) <input type="radio"/>	11. TIRING (1) <input type="radio"/>	
BEATING (5) <input type="radio"/>	EXHAUSTING (2) <input type="radio"/>	BRIEF <input type="radio"/> RHYTHMIC <input type="radio"/> CONTINUOUS <input type="radio"/> MOMENTARY <input type="radio"/> PERIODIC <input type="radio"/> STEADY <input type="radio"/> TRANSIENT <input type="radio"/> INTERMITTENT <input type="radio"/> CONSTANT <input type="radio"/>
POUNDED (6) <input type="radio"/>	12. SICKENING (1) <input type="radio"/>	
2. JUMPING (1) <input type="radio"/>	SUFFOCATING (2) <input type="radio"/>	
FLASHING (2) <input type="radio"/>	13. FEARFUL (1) <input type="radio"/>	
SHOOTING (3) <input type="radio"/>	FRIGHTFUL (2) <input type="radio"/>	CIRCLE THE BODY PART BEING TREATED TODAY
3. PRICKING (1) <input type="radio"/>	TERRIFYING (3) <input type="radio"/>	
BORING (2) <input type="radio"/>	14. PUNISHING (1) <input type="radio"/>	COMMENTS:
DRILLING (3) <input type="radio"/>	GRUELING (2) <input type="radio"/>	
DRILLING (3) <input type="radio"/>	CRUEL (3) <input type="radio"/>	
STABBING (4) <input type="radio"/>	VICIOUS (4) <input type="radio"/>	
LANCINATING (5) <input type="radio"/>	KILLING (5) <input type="radio"/>	
4. SHARP (1) <input type="radio"/>	15. WRETCHED (1) <input type="radio"/>	
CUTTING (2) <input type="radio"/>	BLINDING (2) <input type="radio"/>	
LACERATING (3) <input type="radio"/>	16. ANNOYING (1) <input type="radio"/>	
5. PINCHING (1) <input type="radio"/>	TROUBLESOME (2) <input type="radio"/>	
PRESSING (2) <input type="radio"/>	MISERABLE (3) <input type="radio"/>	
GNAWING (3) <input type="radio"/>	INTENSE (4) <input type="radio"/>	
CRAMPING (4) <input type="radio"/>	UNBEARABLE (5) <input type="radio"/>	
CRUSHING (5) <input type="radio"/>	17. SPREADING (1) <input type="radio"/>	
6. TUGGING (1) <input type="radio"/>	RADIATING (2) <input type="radio"/>	
PULLING (2) <input type="radio"/>	PENETRATING (3) <input type="radio"/>	
WRENCHING (3) <input type="radio"/>	PIERCING (4) <input type="radio"/>	
7. HOT (1) <input type="radio"/>	18. TIGHT (1) <input type="radio"/>	
BURNING (2) <input type="radio"/>	NUMB (2) <input type="radio"/>	
SCALDING (3) <input type="radio"/>	DRAWING (3) <input type="radio"/>	
SEARING (4) <input type="radio"/>	SQUEEZING (4) <input type="radio"/>	
8. TINGLING (1) <input type="radio"/>	TEARING (5) <input type="radio"/>	
ITCHY (2) <input type="radio"/>	19. COOL (1) <input type="radio"/>	
SMARTING (3) <input type="radio"/>	COLD (2) <input type="radio"/>	
STINGING (4) <input type="radio"/>	FREEZING (3) <input type="radio"/>	
9. DULL (1) <input type="radio"/>	20. NAGGING (1) <input type="radio"/>	
SORE (2) <input type="radio"/>	NAUSEATING (2) <input type="radio"/>	
HURTING (3) <input type="radio"/>	AGONIZING (3) <input type="radio"/>	
ACHING (4) <input type="radio"/>	DREADFUL (4) <input type="radio"/>	
HEAVY (5) <input type="radio"/>	TORTURING (5) <input type="radio"/>	
10. TENDER (1) <input type="radio"/>		

La escala se presenta en forma de cuestionario de autoevaluación y su objetivo es proporcionar a los profesionales de la salud una imagen multidimensional del dolor que experimentan sus pacientes.

La Escala de dolor de McGill da un paso más al explorar los aspectos subjetivos del dolor. Estos se dividen en tres categorías:

1. **Sensorial** - Esta categoría se compone de una selección de determinadas sensaciones que pueden describir lo que siente el paciente mientras siente dolor.
2. **Afectiva** - Esta categoría trata de cómo percibe el paciente el dolor o cómo se siente al respecto.
3. **Evaluativa** - Esta categoría trata de cómo describiría el paciente su dolor en el peor momento.

Estas categorías se dividen en setenta y ocho ítems, y cada categoría tiene subgrupos. Estos subgrupos se componen de adjetivos

Cómo puntuar la escala del dolor de McGill

La puntuación más baja que puede obtener un paciente es 20, y la más alta es 78.

Escala de valoración del pie diabético.

¿Qué es el pie diabético?

Es la lesión, infección o ulceración de los pies asociados a neuropatía y/o enfermedad vascular periférica en **pacientes con diabetes**.



¿Cuáles son las causas?

El daño de los nervios provoca disminución o pérdida de la sensibilidad lo que hace vulnerables a lastimarse y no darse cuenta. Las heridas pueden pasar desapercibidas.

El daño de los vasos sanguíneos repercute de forma importante en los miembros inferiores, ya que al no llegar suficiente sangre; las lesiones o pequeñas rozaduras demoran largo tiempo en curar. Al mantener zonas cutáneas expuestas aumenta el riesgo de progresar de tamaño y/o a infectarse.

¿Cuáles son los síntomas?

- Sensación de hormigueo y/o calambres.
- Dolor en reposo generalmente.
- Ausencia de sensibilidad.
- Claudicación intermitente.
- Aparición de lesiones en la piel de los pies, úlceras que no curan.
- Cambios en la piel, sequedad, piel fina, con ausencia de vello, uñas engrosadas y pérdida de la almohadilla grasa de la planta del pie, estos cambios generan piel más frágil y con tendencia a agrietarse y/o lesionarse.

Grados de lesión PIE DIABÉTICO

Clasificación de
Meggitt-Wagner



GRADO 0

No hay lesiones visibles, sólo piel gruesa o alguna deformidad ósea.



GRADO 1

Hay úlceras superficiales.



GRADO 2

Úlceras profundas que penetran la piel gruesa pero no afecta al hueso.



GRADO 3

Las úlceras son profundas, extensas y con liposomas (osteomielitis). Hay secreción y mal olor.



GRADO 4

Gangrena limitada o necrosis en una parte del pie o dedo.



GRADO 5

La gangrena se extiende e invade todo el pie.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se obtiene al realizar una **historia clínica completa** para identificar factores de riesgo, acompañada de una exhaustiva **exploración física de los pies**, identificando integridad de la piel, presencia de lesiones, valoración de la circulación y de la sensibilidad protectora, térmica entre otras.

¿Cuál es el tratamiento?

Todo paciente con diabetes tiene riesgo de presentar pie diabético, sin embargo, un buen control de la glucosa en sangre, sumado a hábitos de vida saludable, cuidado de los pies y buena elección del calzado, son la clave para prevenir el pie diabético.

El tratamiento siempre debe ser individualizado, dependerá del grado de la enfermedad.

Escala de clasificación Wagner-Merrit (Pie Diabético).

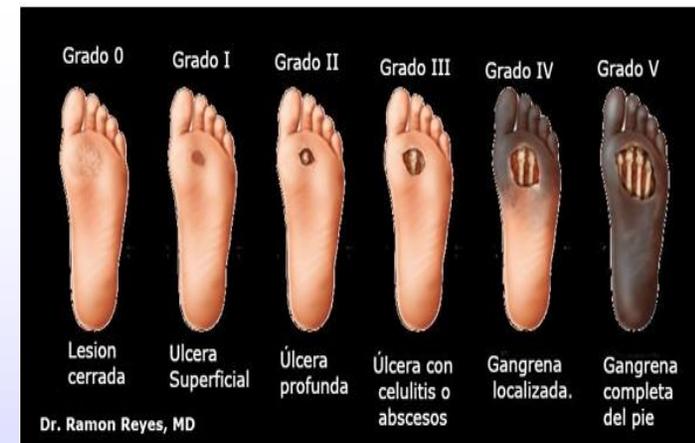
Para clasificar las úlceras del pie diabético se utiliza la escala de Wagner-Merrit, que constituye la base para el plan de tratamiento. Según el grado en que se encuentre les darán información sobre la gravedad, profundidad, infección y gangrena.

Conforme las lesiones son de grado superior, aumenta la posibilidad de sufrir una amputación mayor y aumenta, asimismo, la mortalidad asociada. Las principales limitaciones de esta escala serían:

- Los grados 4 y 5 no son una fase avanzada de los 1, 2 y 3.
- No diferencia si hay o no isquemia en los grados 1, 2 y 3, fundamental para conocer el pronóstico.
- No especifica si hay infección asociada y en qué grado 3.

Clasificación Escala de Wagner-Merrit (1981)

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna. Pie de riesgo.	Hiperqueratosis, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra y deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales.	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas.	Penetra en piel, grasa y ligamentos pero sin afectar hueso. Infectada.
3	Úlceras profundas + absceso.	Extensa y profunda, secreción y mal olor. Existencia de osteomielitis.
4	Gangrena limitada.	Necrosis de parte del pie (dedos, talón, planta).
5	Gangrena extensa.	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.



Clasificación de Saint Elian (*Saint Elian Wound Score System-SEWSS*).

Esta clasificación fue desarrollada en México a partir del estudio de 235 sujetos diabéticos y dada a conocer en el año 2010 por Martínez de Jesús. Se puede considerar una modificación del sistema PEDIS.

(Salusplay, 2025)

REGIÓN ANATÓMICA	FACTORES AGRAVANTES	AFECCIÓN TISULAR
Localización (1-3) 1. Falanges/dedos 2. Metatarsal 3. Tarsal	Isquemia (0-3) 0. No 1. Leve 2. Moderada 3. Severa	Profundidad (1-3) 1. Superficial (solo piel) 2. Úlcera profunda (bajo dermis) 3. Todas las capas (hueso y articulación)
Aspectos topográficos (1-3) 1. Dorsal o plantar 2. Lateral o medial 3. Dos o más	Infección (0-3) 0. No 1. Leve. Eritema < 2 cm, induración, dolor, calor, exudado purulento 2. Moderada. Eritema > 2 cm, infección de músculo, tendón, hueso o articulación 3. Severa. Respuesta inflamatoria sistémica	Área (1-3) 1. Pequeña (<10 cm ²) 2. Pequeña (10-40 cm ²) 3. Grande (>40 cm ²)
Zonas afectadas (1-3) 1. Una 2. Dos 3. Todo el pie	Edema (0-3) 0. No 1. Perilesional 2. Solo la pierna afectada 3. Bilateral secundario a enfermedad sistémica	Fase de cicatrización (1-3) 1. Epitelización 2. Granulación 3. Inflamatorio
	Isquemia (0-3) 0. No 1. Sensibilidad protectora o vibratoria disminuida 2. Pérdida de sensibilidad protectora o vibratoria 3. Neuro-osteo-artropatía diabética de Charcot	

↓

Puntuación total	Grado	Pronóstico
<10	I. Leve	Probable cicatrización de la herida
11-20	II. Moderado	Amenaza de una parte del pie; resultado relacionado con las terapias empleadas y asociado con una buena respuesta biológica del paciente
21-30	III. Severo	Amenaza para la extremidad y para la vida; resultado no relacionado con las terapias empleadas debido a la pobre respuesta biológica del paciente

Incluye 10 parámetros-variables englobados en tres dominios (anatomía, factores agravantes y afectación tisular). Estas variables son:

- isquemia.
- Infección.
- neuropatía.
- Área.
- Profundidad.
- localización de la úlcera.
- aspecto topográfico de la lesión.
- número de zonas afectadas.

fase de cicatrización y existencia de edema del pie (las últimas cinco variables son las no incluidas con anterioridad en el sistema PEDIS).

Cada variable se puntúa con una puntuación que oscila del 1 al 3, estableciéndose unos grados de severidad: I-Leve (puntuaciones menores a 10 puntos), II-Moderado (puntuaciones de 11 a 20 puntos) y III-Severo (puntuaciones de 21 a 30 puntos).

Referencias

- carepatron*. (2021). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de carepatron: <https://www.carepatron.com/es/templates/mcgill-pain-scale>
- Centro Europeo de Másteres y Posgrados*. (2025). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de Centro Europeo de Másteres y Posgrados.: <https://cemp.es/noticias/como-mide-dolor/>
- Claudia Arango Salazar, O. F. (s.f.). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de file:///C:/Users/roman/Documents/Downloads/S35-05%2021_II.pdf
- ELSEVIER*. (octubre de 2005). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de enfermeria intensiva: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ulceras-presion-cuidados-intensivos-valoracion-riesgo-medidas-13080877>
- enfermeria creativa*. (28 de enero de 2019). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de enfermeria creativa: <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>
- IFSES*. (2024). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de ACADEMIA IFSES: <https://ifses.es/escala-norton/>
- IFSES*. (2024). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de IFESSES: <https://ifses.es/escala-eva/>
- ITSQMET*. (2025). Recuperado el 23 de MAYO de 2025, de ITSQMET: <https://itsqmet.edu.ec/escala-de-morse/>
- Morales, D. C. (2024). *Dr. carlos Morales*. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/#pll_switcher
- Salusplay*. (2025). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de salusplay: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-8-escalas-de-valoracion-upp>
- SERVIZO GALEGO DE SAÚDE*. (s.f.). Recuperado el 2023 de mayo de 2025, de SERVICIO GALEGO DE SAÚDE: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Escala-Warner-Merriit?idioma=es>
- Torre, H. G. (7 de septiembre de 2018). *SCIELO*. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400197
- UNIDAD PATOLOGICA VASCULAR*. (s.f.). Recuperado el 23 de mayo de 2025, de <https://www.patologiavasculardel.com/pie-diabetico/>
- Viera, I. A. (2023). *Revista Uruguaya de Enfermería*. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de file:///C:/Users/roman/Documents/Downloads/Escala+de+Clasificaci%C3%B3n+Wagner-Merriit.pdf

Zamorano, G. (s.f.). *ESSAE*. Recuperado el 23 de mayo de 2025, de centro de formacion profesional:

<https://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo->

[caidas#:~:text=La%20escala%20Downton%20se%20utiliza,roturas%20o%20complicaciones%20m%C3%A1s%20graves](https://essaeformacion.com/escala-downton-riesgo-caidas#:~:text=La%20escala%20Downton%20se%20utiliza,roturas%20o%20complicaciones%20m%C3%A1s%20graves)