



Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Ingrid Villarreal Sánchez

Nombre del tema: Escalas

Parcial: 1er.

Nombre de la Materia: Prácticas clínicas de enfermería I

Nombre del profesora: Mariano Walberto Balcázar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to

Pichucalco, Chiapas

Escala de Braden

Esta escala fue desarrollada en EEUU por Barbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1985, en el contexto de un proyecto de investigación en centros sociosanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton. Barbara Braden y Nancy Bergstrom desarrollaron su escala a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre UPP, lo que les permitió definir las bases de la escala

La Escala de Braden consta de seis subescalas:

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

Características:

Una vez valorados todos los ítems obtendremos una puntuación mínima de 6 puntos y un máximo de 23 (ya que el ítem de fricción y cizallamiento solo puntúa de 1 a 3). Por lo tanto, una puntuación inferior a 12 puntos será considerada como de alto riesgo de aparición de UPP. Entre los 13-14 puntos el riesgo será moderado. Tendrán un riesgo bajo aquellos que obtengan una puntuación ente 15-18 puntos, aunque se tendrá en cuenta la edad de la persona que estemos valorando.

consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas

Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada (percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad), mientras que los otros tres (movilidad, nutrición, fricción y cizallamiento) están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma

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 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.	Sin limitaciones. Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
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.

Función:

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

Escala de Braden
para la predicción del riesgo de úlceras por presión

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia - No reacción ante dolor - Respuesta sensorial	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos Adversos No comunica molestias efectivas sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales No siempre comunica molestias Alguno difícil sensorial	Sin limitaciones Responde a órdenes verbales Sin dificultad 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 El paciente, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada -2 El paciente recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda	Adecuada +4 El paciente recibe nutrición por sonda o por vía parenteral	Excelente +4 Come entre horas y no requiere suplementos
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema Riesgo de rozamiento o lesiones cutáneas para ser suavizado	Problema potencial Se rozan muy débilmente o requieren de mínima asistencia	No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia	

RIESGO UPP

ALTO = <= 12 PUNTOS **MODERADO = 13 - 14 PUNTOS** **BAJO = 15-18 PUNTOS (si <= 75 años) / 15-19 PUNTOS (si >= 75 años)**

Escala de Emina

La escala EMINA valora cinco ítems: estado mental, movilidad, incontinencia, nutrición y actividad. Cada uno de ellos se puntúa del 0 al 3; por tanto, la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15: 0 para los pacientes que no tienen riesgo y 15 para los de máximo riesgo

Función:

Función de las respuestas obtenidas para cada uno de los ítems que forman las escalas, se puede realizar una clasificación posterior de los pacientes en cuatro posibles subgrupos de riesgo: sin riesgo, riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto, según las puntuaciones de las escalas EMINA

Características:

Es una escala elaborada y validada por el grupo de enfermería del Instituto catalán de la salud para el seguimiento de las úlceras por presión, contemplando 5 valores de riesgo: **Estado mental, Movilidad, Incontinencia, Nutrición y Actividad**, puntuados de 0 a 3 cada uno de ellos. Con la primera letra de cada factor de le ha dado nombre a la escala de (**ENIMA**).

Las úlceras por presión (UPP)

son un problema de salud de primer orden. En España se calcula que anualmente al menos 600 personas mueren por este problema lo que quiere decir que diariamente dos personas en nuestro país encuentran la muerte debido a las úlceras por presión.

ESCALA EMINA				
Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0 Orientado Paciente orientado y consciente	3 Completa Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla	3 No Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas	3 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	3 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	2 Ligeramente limitada Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica	2 Urinaria o fecal ocasional Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado	2 Ocasionalmente decaída Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	2 Deambula con ayuda ocasional Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano, etc.)
2 Letárgico o hipercinético Letárgico (no responde a órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad	1 Incompleta Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	1 Urinaria o fecal habitual Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado	1 Desnutrición Desnutrición de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio	1 Deambula con ayuda importante Deambula siempre con ayuda (bastones, soporte humano, etc.)
3 Comatoso Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado	0 Inmóvil No se mueve en la cama ni en la silla	0 Urinaria o fecal Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes	0 Desnutrición Oral, ni enteral, ni parenteral superior a 3 días y/o desnutrición previa. Albúmina y proteínas con valores inferiores a los estándares de laboratorio	0 No deambula Paciente que no deambula. Reposo absoluto

Sin riesgo: 0
Riesgo bajo: 1-3
Riesgo medio: 4-7
Riesgo alto: 8-15

Urbasa.net

II ESCALA EMINA

Nutrición	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Puntos
No ingesta	Comatoso	No deambula	Inmóvil	Urinaria y fecal	3
Incompleta	Letárgico o hipercinético	Siempre precisa ayuda	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	2
Ocasionalmente incompleta	Desorientado o apático o pasivo	Deambula con ayuda limitada	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	1
Correcta	Orientado	Deambula	Completa	No	0

DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS:

Estado mental

- 0. **Orientado**: Paciente orientado y consciente
- 1. **Desorientado o apático o pasivo**: Apático o pasivo o desorientado en el tiempo y en el espacio. (Capaz de responder a órdenes sencillas)
- 2. **Letárgico o hipercinético**: Letárgico (no responde órdenes) o hipercinético por agresividad o irritabilidad
- 3. **Comatoso**: Inconsciente. No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado

Humedad R/C Incontinencia

- 0. **No**: Tiene control de esfínteres o lleva sonda vesical permanente, o no tiene control de esfínter anal pero no ha defecado en 24 horas
- 1. **Urinaria o fecal ocasional**: Tiene incontinencia urinaria o fecal ocasional, o lleva colector urinario o cateterismo intermitente, o tratamiento evacuador controlado
- 2. **Urinaria o fecal habitual**: Tiene incontinencia urinaria o fecal, o tratamiento evacuador no controlado
- 3. **Urinaria y fecal**: Tiene ambas incontinencias o incontinencia fecal con deposiciones diarreicas frecuentes

Movilidad

- 0. **Completa**: Autonomía completa para cambiar de posición en la cama o en la silla
- 1. **Ligeramente limitada**: Puede necesitar ayuda para cambiar de posición o reposo absoluto por prescripción médica
- 2. **Limitación importante**: Siempre necesita ayuda para cambiar de posición
- 3. **Inmóvil**: No se mueve en la cama ni en la silla

Nutrición

- 0. **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
- 1. **Ocasionalmente incompleta**: Ocasionalmente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio
- 2. **Incompleta**: Diariamente deja parte de la dieta (platos proteicos). Albúmina y proteínas con valores iguales o superiores a los estándares de laboratorio
- 3. **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

Actividad

- 0. **Deambula**: Autonomía completa para caminar
- 1. **Deambula con ayuda**: Deambula con ayuda ocasional (bastones, muletas, soporte humano,

Escala de Norton

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores se suman para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.

Características:

La escala de Norton-MI mide el riesgo de desarrollar UPP. La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo), y adquiere valores de: Alto riesgo, entre 5 y 11 puntos. Riesgo evidente, entre 12 y 14 puntos.

Éste es precisamente el objetivo de la escala de Norton, que contempla cinco parámetros: Estado general (bueno, débil, malo o muy malo). Estado mental (alerta, apático, confuso o estuporoso). Actividad (caminando, con ayuda, sentado o en cama).



Función:

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

ESCALA DE NORTON

Nombre original	Año	País	Validada	Fiabilidad
Norton Scale	1962	Reino Unido	Si	Si

CLASIFICACIÓN GNEAUPP

Edad	Adultos/ ancianos	A1
Entorno	Hospital de agudos	B1
	Larga estancia o residencia	B3
	Lesion medular	B6
Validación	Comprobación de validez y fiabilidad	C1a
Construcción	En base a investigación	D1
Puntuación	Inversa	E2
Definición	Ninguna	F3

Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4 Bueno	4 Alerta	4 Camina	4 Completa	4 No hay
3 Débil	3 Apático	3 Camina con ayuda	3 Limitada ligeramente	3 Ocasional
2 Malo	2 Confuso	2 En silla de ruedas	2 Muy limitada	2 Usualmente urinaria
1 Muy malo	1 Estuporoso	1 En cama	1 Inmóvil	1 Doble incontinencia

PUNTOS DE CORTE: Puntuación ≤ 16 riesgo moderado de upp, y ≤12 riesgo alto.

<https://es.slideshare.net/lopezcasanova/escalas-e>

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009#:~:text=Escala%20de%20Braden%20\(Figura%201,actividad%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20paciente.](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009#:~:text=Escala%20de%20Braden%20(Figura%201,actividad%20y%20nutrici%C3%B3n%20del%20paciente.)