



NOMBRE DEL ALUMNO: FERNANDA
PARIBANU JIMENEZ GARCIA

NOMBRE DEL TEMA : ESCALAS

PARCIAL: 1

NOMBRE DE LA MATERIA : PRACTICA
CLINICA DE ENFERMERIA I

NOMBRE DEL PROFESOR: MARIANO
WALBERTO BALCAZAR VELASCO

NOMBRE DE LA LICENCIATURA:
ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 6

ESCALA DE

BRADEN

Es medir, de una forma concreta y objetiva, el riesgo de aparición de úlceras por presión en los pacientes, en función de 6 aspectos, que evalúa y puntúa con 3 o 4 grados, como veremos a continuación.

Escala de Braden				
para la predicción del riesgo de úlceras por presión				
	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada - Nivel de conciencia - Sedación - No reacción ante dolor - Capacidad sensorial	Muy limitada Reacciona solo ante estímulos dolorosos - No comienza a reaccionar - Déficit sensorial	Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales - No siempre comienza a reaccionar - 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 Se mueve al día y dentro de la habitación al menos dos veces
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre 0 apenas, dieta líquida o suero > 5 días	Probablemente inadecuada 0 recibe menos que la cantidad mínima de una dieta líquida o por sonda	Adecuada 0 recibe nutrición por sonda o por vía parenteral	Excelente 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 máxima 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 = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)	

CARACTERÍSTICAS

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

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.

ESCALA DE BRADEN				
(Valoración de riesgo de UPP)				
	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado/a	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problema	Problema potencial	No existe problema aparente	
RIESGO UPP	ALTO = < 12 PUNTOS	MODERADO = 13 - 14 PUNTOS	BAJO = 15-18 PUNTOS	

FUNCION

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

EMINA

Es una gradación hecha y validada por la colectividad de enfermería del organismo catalán de la salud para el rastreo de las UPP

TABLA 1 Escala EMINA®

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

Puntuación total

Sin riesgo = 0 puntos; Bajo riesgo = 1 a 3 puntos; Medio riesgo = 4 a 7 puntos; Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

CARACTERÍSTICAS

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.

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	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	1
Correcta	Orientado	Deambula	Completa	No	0

Tabla 1. Puntos de corte de las escalas EMINA y de Braden

Riesgo	Puntuación total de la escala (suma de las puntuaciones de los ítems)	
	EMINA	Braden
Sin riesgo	0	17 a 23
Riesgo bajo	1-3	15 a 16
Riesgo moderado	4-7	13-14
Riesgo alto	8-15	≤12

Es similar a la escala de Braden que tiene una hábil explicación operante de palabras, lo que hace que reduzca la versatilidad entre interobservadores. Las descubridoras explican su sitio de corte en cuatro, aunque terceras observaciones explican que, para sanatorios de mediana estancia, el estado de corte correspondería ser de cinco.

E = Estado mental M = Movilidad I = Incontinencia - Humedad
N = Nutrición A = Actividad

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/A INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	ORIENTADO	COMPLETA	NO	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO O APÁTICO O PASIVO	LIGERAMENTE LIMITADA	URINARIA Y FECAL OCASIONALMENTE	OCASIONALMENTE INCOMPLETA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO O HIPERCINÉTICO	LIMITACIÓN IMPORTANTE	URINARIA Y FECAL HABITUAL	INCOMPLETA	SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMATOSO	INMÓVIL	URINARIA Y FECAL	NO INGESTA	NO DEAMBULA

Puntuación total:

Sin riesgo = 0 puntos;
Medio riesgo = 4 a 7 puntos;

Bajo riesgo = 1 a 3 puntos;
Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

ESCALA DE

NORTON

La escala de Norton se utiliza generalmente en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos (en domicilios, residencias geriátricas o centros sociosanitarios) como en pacientes ingresados en unidades en los hospitales para prevenir la aparición de úlceras.

Escala de Norton					
Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Buena	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediana	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy mala	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

Escala de Norton (Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión)

La clasificación de riesgo sería:

- Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo
- Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente
- Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo

IRU

CARACTERÍSTICAS

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.

Así, las personas con menor puntuación son las que tienen mayor riesgo de presentar UPPs.



FUNCION

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.

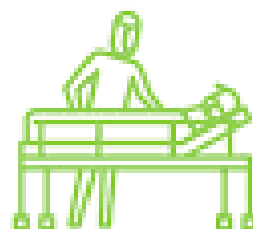
ESCALA DE NORTON PARA PREDECIR EL RIESGO DE LESIONES INDUCIDAS POR LA PRESIÓN

@MEDICATECA

LA ESCALA DE NORTON UTILIZA UN SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE 1 A 4 PARA CALIFICAR A LOS PACIENTES EN CADA UNA DE LAS CINCO SUBESCALAS: CONDICIÓN FÍSICA, CONDICIÓN MENTAL, ACTIVIDAD, MOVILIDAD E INCONTINENCIA. UNA PUNTUACIÓN <11 INDICA UN ALTO RIESGO.

Condición física	4= Buena 3= Regular 2= Mala 1= Muy mala
Condición mental	4= Alerta 3= Apático 2= Confusión 1= Estupor
Actividad	4= Ambulante 3= Caminar / ayuda 2= En silla 1= En cama
Movilidad	4= Completo 3= Ligeramente limitado 2= Muy limitado 1= Inmóvil
Incontinencia	4= No 3= Ocasional 2= Frecuente / orina 1= Fecal y urinaria

18 - 20 Puntos: 5% riesgo
15 - 17 Puntos: 23% riesgo
12 - 14 Puntos: 32% riesgo
8 - 11 Puntos: 48% riesgo



Bibliografía

BEATRIZ, R. C. (S. F.). LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA POR EL INSALUD Y SUS DIFERENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

[HTTPS://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1134-928X2017000400194](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400194)

ROCA-BIOSCA, A., FERNÁNDEZ, F. M., GARCÉS, S. C., SAPERAS, L. A., GRAU, N. G., GARIJO, G. T., DE MOLINA-FERNÁNDEZ, M. I., RUBIO-RICO, L., & DEL CARMEN VELASCO GUILLÉN, M. (2015). FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LAS ESCALAS EMINA Y EVARUCI EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. GEROKOMOS.

[HTTPS://DOI.ORG/10.4321/S1134-928X2015000100007](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100007)

PEDRO, G. F. F. (S. F.). ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN. [HTTPS://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005#:~:text=LA%20ESCALA%20DE%20BRADEN%20CONSTA,LOS%20APARTADOS%20DE%20ESTOS%20SUB%20C3%ADNDICES)

[SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1134-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005#:~:text=LA%20ESCALA%20DE%20BRADEN%20CONSTA,LOS%20APARTADOS%20DE%20ESTOS%20SUB%20C3%ADNDICES)

[928X2008000300005#:~:TEXT=LA%20ESCALA%20DE%20BRADEN%20CONSTA,LOS%20APARTADOS%20DE%20ESTOS%20SUB%20C3%ADNDICES.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005#:~:text=LA%20ESCALA%20DE%20BRADEN%20CONSTA,LOS%20APARTADOS%20DE%20ESTOS%20SUB%20C3%ADNDICES)