



Nombre del Alumno: Yubitza Ascencio Galera.

Nombre del tema: escalas.

Parcial: 1°.

Nombre de la Materia: práctica clínica de enfermería.

Nombre del profesor: Mariano Walberto Balcázar Velazco.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: 6°.

Lugar y Fecha de elaboración: Pichucalco, Chiapas; a 18 de mayo del 2023.

BRADEN.

Es una escala utilizada en Enfermería para detectar el riesgo de sufrir UPP (úlceras por presión). Se divide en alto riesgo, riesgo moderado y riesgo bajo. Hay que puntuar la percepción sensorial, la exposición de la humedad, la actividad, la movilidad, la nutrición y el roce y peligro de lesiones.

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.

puntuación ESCALA DE BRADEN



ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

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

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

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada "El paciente no responde a estímulos dolorosos o térmicos que se aplican en la piel".	Muy limitada "El paciente responde a estímulos dolorosos o térmicos que se aplican en la piel, pero no puede describirlos".	Ligeramente limitada "El paciente responde a estímulos dolorosos o térmicos que se aplican en la piel, pero no puede describirlos con precisión".	Sin limitaciones "El paciente responde a estímulos dolorosos o térmicos que se aplican en la piel".
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 o la silla de ruedas se mojan con sudor o orina".	Ocasionalmente húmeda "Cuando hay que cambiar la ropa de cama una vez al día".	Raramente húmeda "Cuando la ropa de cama se cambia apenas la necesita".
ACTIVIDAD	Escasísima "El paciente está en cama o en silla de ruedas".	En silla "El paciente puede moverse en silla de ruedas".	Deambula ocasionalmente "El paciente puede moverse en silla de ruedas o deambular con ayuda".	Deambula frecuentemente "El paciente puede deambular sin ayuda".
MOVILIDAD	Completamente limitada "El paciente no puede moverse sin ayuda".	Muy limitada "El paciente puede moverse con ayuda".	Ligeramente limitada "El paciente puede moverse con ayuda".	Sin limitaciones "El paciente puede moverse sin ayuda".
NUTRICIÓN	Muy pobre "El paciente no come o bebe".	Probablemente inadecuada "El paciente come o bebe una cantidad reducida de una comida o porciones".	Adecuada "El paciente come o bebe una cantidad adecuada de una comida o porciones".	Excesiva "El paciente come o bebe una cantidad excesiva de una comida o porciones".
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Problemas "El paciente requiere de sábanas o almohadas que causan fricción o cizallamiento".	Problemas ocasionales "El paciente requiere de sábanas o almohadas que causan fricción o cizallamiento ocasionalmente".	No existe problema aparente "El paciente no requiere de sábanas o almohadas que causan fricción o cizallamiento".	No existe problema aparente "El paciente no requiere de sábanas o almohadas que causan fricción o cizallamiento".

RIESGO UPP
ALTO = < 12 PUNTOS MODERADO = 13 - 14 PUNTOS BAJO = 15-16 PUNTOS (si < 75 años) / 15-18 PUNTOS (si ≥ 75 años)

EMINA.

Un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

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.

ESCALA EMINA:

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.

NORTON.

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.

Así, se utiliza, generalmente, en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos como en pacientes ingresados en unidades en los hospitales.

El paciente se clasifica de 1 a 4, utilizando los siguientes cinco criterios:

- Condición física.
- Condición mental
- Actividad.
- Movilidad.
- Incontinencia.

ESCALA NORTON
Riesgo Úlceras por Presión

Enfermera a tu cuidado

	4	3	2	1
ESTADO FÍSICO GENERAL	BUENO	MEDIANO	REGULAR	MUY MALO
ESTADO MENTAL <i>Enfermera a tu cuidado</i>	ALERTA	APÁTICO	CONFUSO	ESTUPEFACADO O COMATOSO
ACTIVIDAD	AMBULANTE	CAMINA CON AYUDA	SENTADO	ENCAMADO
MOVILIDAD	TOTAL	DISMINUIDA	MUY LIMITADA	INMÓVIL
INCONTINENCIA	NINGUNA	OCASIONAL	URINARIA O FECAL	URINARIA Y FECAL

PUNTAJE
DE 14 A 16: RIESGO MÍNIMO
DE 13 A 14: RIESGO BAJO
DE 10 A 12: RIESGO ALTO
DE 5 A 9: RIESGO MUY ALTO

<https://prevencionsaludproactiv.com/2021/12/09/escala-de-braden/>

<https://scielo.isciii.es/scielo.La%20escala%20EMINA>

<https://www.esheformacion.com/blog/36/que-es-la-escala-de-norton-y-que-mide>