

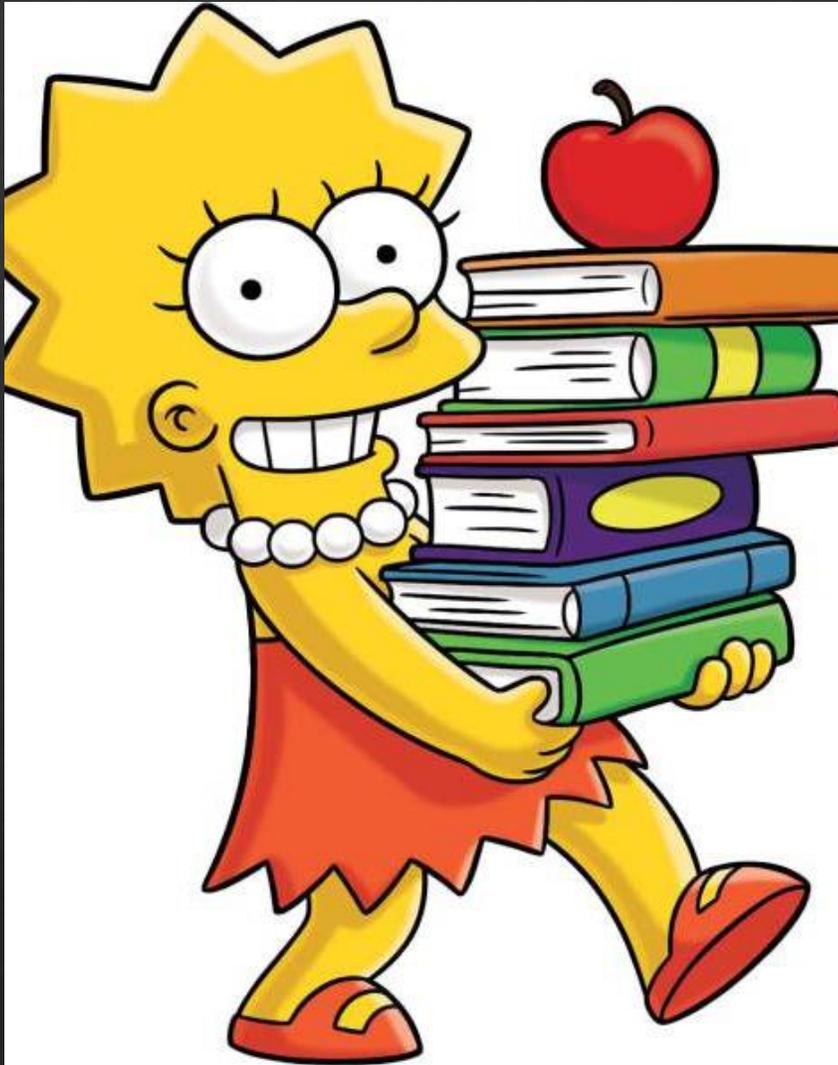
Escala de Norton y Escala de Braden

Guía 3 Classroom

AE: Registra en forma digital o manual la información relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, según las normas vigentes.

Objetivo: Conocer uso y características de las escalas de Norton y Braden en la atención de salud.

Fecha: 17 de Agosto hasta el 28 de Agosto.



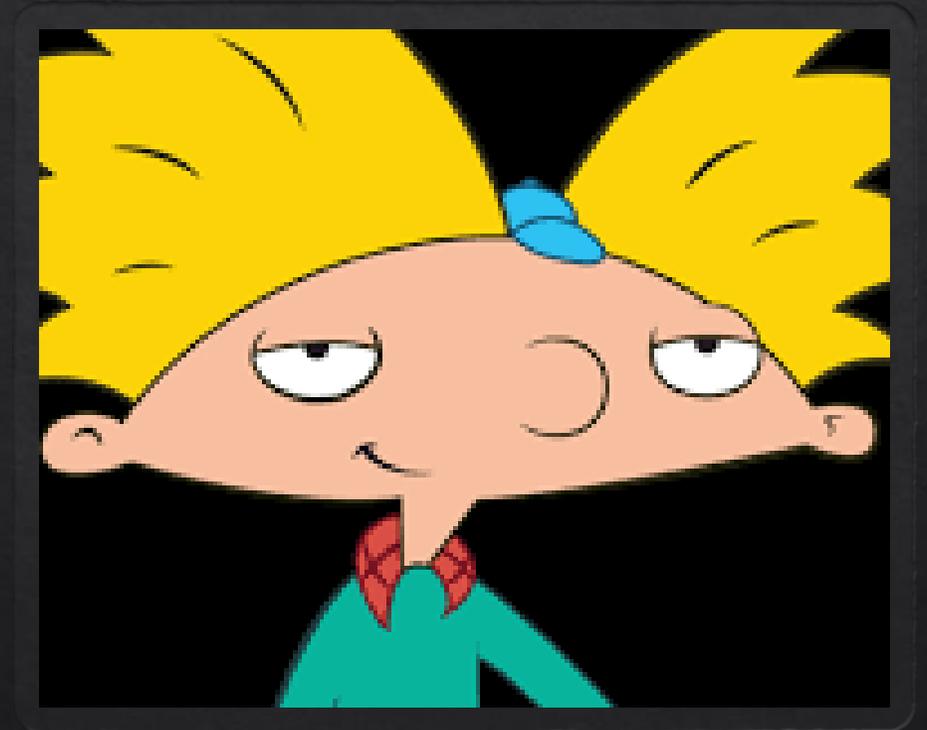
Úlceras por Presión

- ❖ Corresponde a una lesión localizada causada por presión no controlada y prolongada, que determina un daño en piel y partes blandas.
- ❖ Normalmente se presentan en pacientes con movilidad limitada, los cuales requieren de asistencia por parte de un profesional de salud para lograr realizar diversos cambios de posición anatómica.
- ❖ Ejemplos: Pacientes postrados, pacientes que requieren uso de sillas de ruedas permanente, pacientes que utilizan prótesis en extremidad, pacientes en cual su recuperación física les impide generar movimientos por un tiempo determinado, entre otros.

◊ Las UPP son prevenibles siguiendo diversos protocolos que impiden su formación, para lograr determinar que paciente tiene riesgo de padecer una UPP y activar las acciones de prevención se crearon dos escalaras de valoración:

◊ **Escala de Norton**

◊ **Escala de Braden**



Escala de Norton



- ◊ Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Fue desarrollada por Norton (enfermera), en 1962, en el ámbito de la geriatría.
- ◊ Incluye 5 aspectos a valorar:
 1. Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de líquidos, Temperatura corporal e Hidratación),
 2. Estado Mental
 3. Actividad
 4. Movilidad
 5. Incontinencia.

- ❖ Cada uno de los aspectos mencionados tiene una puntuación específica de 1 a 4 puntos, en el cual 1 se considera alto riesgo y 4 se considera bajo riesgo.
- ❖ La suma de todos los aspectos generan un total que será comparado con los siguientes rangos:



Puntuación final de 5 a 9 puntos	Riesgo Alto	Puntuación final de 13 a 16 puntos	Riesgo Bajo
Puntuación final de 10 a 12 puntos	Riesgo Medio	Puntuación mayor o igual a 16 puntos	No hay Riesgo

PREVENCIÓN

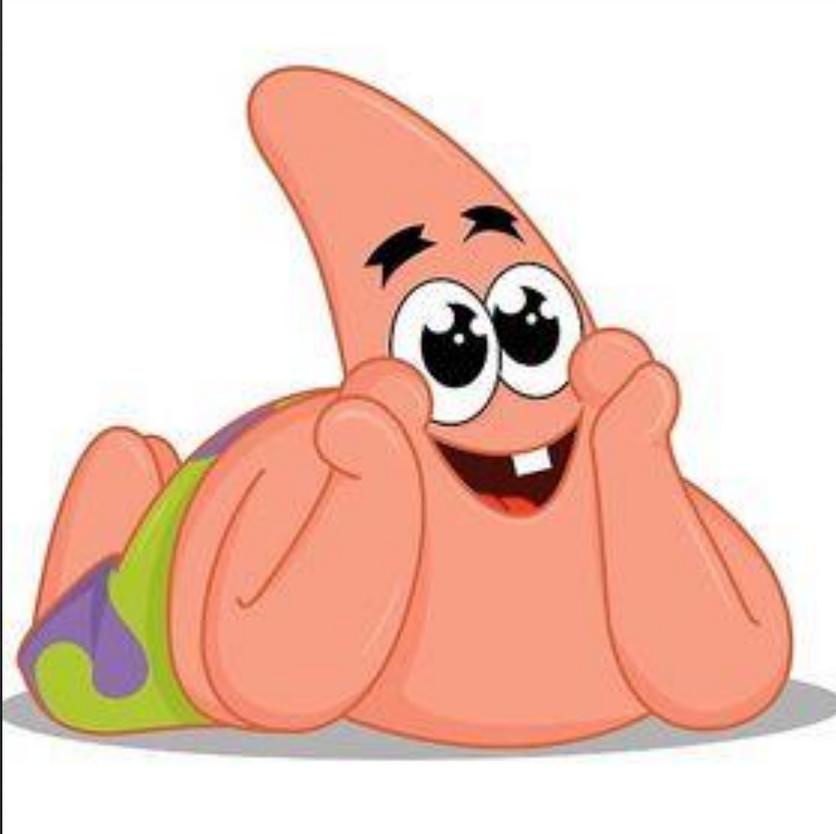
NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	TOTAL	AMBULANTE	NINGUNA	4
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA o FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA y FECAL	1
PUNTUACIÓN DE 5 a 9 ----- RIESGO ALTO.			PUNTUACIÓN 13 a 16 -----RIESGO BAJO.		
PUNTUACIÓN DE 10 a 12-----RIESGO MEDIO.			PUNTUACIÓN MAYOR de 16 ---NO RIESGO.		

Para determinar un resultado según cada uno de los aspectos de la escala, debemos observar la condición de nuestro paciente y elegir la opción más cercana a su realidad.

Ejemplo: Su paciente es capaz de pararse de la cama e ir a diferentes lugares por cuenta propia. Según Norton el aspecto de Movilidad sería Ambulante, por esta razón se le otorga 4 puntos.

Escala de Braden



- ◊ Escala de Braden es una escala de riesgo del paciente que se aplica a diariamente para valorar y prevenir la aparición de UPP, se aplica según Protocolo del Establecimiento de Salud. Esta escala se divide en 6 aspectos:
- ◊ Percepción sensorial
- ◊ Humedad
- ◊ Actividad
- ◊ Movilidad
- ◊ Nutrición
- ◊ Fricción y Rozamiento

- ◊ 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.
- ◊ Al igual que la escala de Norton si la evaluación presenta un puntaje alto el riesgo de adquirir una UPP es bajo.
- ◊ Su principal característica es que abarca muchos más factores que la escala de Norton, su uso es más completo.

puntuación ESCALA DE BRADEN



RIESGO UPP

ALTO = < 12 PUNTOS

MODERADO = 13 - 14 PUNTOS

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

PERCEPCIÓN SENSORIAL: capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión

Sin limitaciones 4 puntos	Responde a ordenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
Ligeramente limitada 3 puntos	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 sus extremidades.
Muy limitada 2 puntos	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 mas de la mitad del cuerpo.
Completamente limitada 1 punto	Al tener disminuida el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulo doloroso (se queja, se estremece o agarrota) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo

EXPOSICION A LA HUMEDAD nivel de exposición de la piel a la humedad

Raramente húmeda 4 puntos	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
Ocasionalmente húmeda 3 puntos	La piel está ocasionalmente, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.
A menudo húmeda 2 puntos	La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez cada turno.
Constantemente húmeda 1 punto	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración orina, otros fluidos, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.

ACTIVIDAD nivel de actividad física

Sin limitaciones 4 puntos	Deambula fuera de la habitación al menos 2 veces al día y dentro de la habitación al menos 2 horas durante las horas de paseo.
Deambula ocasionalmente 3 puntos	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.
En silla 2 puntos	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas
Encamado 1 punto	Paciente constantemente encamado

MOVILIDAD capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

Sin limitaciones 4 puntos	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
Ligeramente limitada 3 puntos	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.
Muy limitada 2 puntos	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.
Completamente inmóvil 1 punto	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.

NUTRICION patrón usual de ingesta de alimentos

<p>Excelente 4 puntos</p>	<p>Ingiere la mayor parte de cada comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
<p>Adecuada 3 puntos</p>	<p>Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de 4 servicios al día de proteínas (carnes o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por SNG .</p>
<p>Probablemente inadecuada 2 puntos</p>	<p>Raramente come una comida completa y generalmente come 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 SNG</p>
<p>Muy pobre 1 punto</p>	<p>Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come 2 servicios o menos aporte proteico (carnes o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de 5 días.</p>

ROCE y PELIGRO de LESIONES

No hay fricción 3 puntos	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.
Fricción ocasional 2 puntos	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, sillas, sistema de sujeción y 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.
Constante fricción 1 puntos	Requiere de moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo frecuentes reposicionamiento con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación produce un roce casi constante.

Percepción sensorial	Humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Fricción y Rozamiento
Sin deterioro 4	Raramente húmedo 4	Anda con frecuencia 4	Sin limitaciones 4	Excelente 4	Sin problemas aparentes 4
Ligeramente limitada 3	Ocasionalmente Húmedo 3	Anda ocasionalmente 3	Ligeramente limitado 3	Adecuada 3	Problema potencial 3
Muy limitada 2	Húmedo 2	Sentado en la silla 2	Muy limitado 2	Probablemente inadecuada 2	Existe problema 1
Completamente Limitada 1	Constantemente húmedo 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Muy mala 1	TOTAL

ACTIVIDAD

1. Investigue y dibuje los cuadrantes ubicados en el cuerpo humano, identificando la posición de cada órgano.
2. Indique los tipos de ruidos que genera la percusión en los órganos.

Fecha de Entrega 28 de Agosto hasta las 17:30 hrs.

Con su Profesora Respectiva

Ante cualquier tipo de consulta **SOBRE EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD** comuníquese directamente con su profesora mediante la plataforma classroom o por correo electrónico institucional.

- ◇ Fuente: <https://enfermeriacreativa.com/2019/01/28/escala-de-braden/>
- ◇ http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_upp.htm