



## ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN-CALIDAD

### ANÁLISIS DE LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

ANALYSIS OF THE MANAGEMENT AND ADMINISTRATION OF RESOURCES IN AN INTENSIVE CARE UNIT.

**\*Valero, Rafael.**

\*Enfermero. Centro de Salud de Calasparra. Murcia.

Palabras clave: Recursos, protocolo, administración, enfermería.

Key words: Resources, Protocol, Administration, Nursing.

#### RESUMEN

El trabajo que presentamos expone los datos de una unidad real de cuidados intensivos, ya que hemos querido elaborar una planificación y organización de recursos, fundamentándonos en una realidad asistencial analizando la situación existente, diagnosticando los problemas detectados y planteando estrategias de solución y mejora, para una posterior adopción de medidas correctoras, orientadas a la elevación del nivel de calidad asistencial en la prestación de cuidados enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. Para ello consideramos una herramienta fundamental el conocimiento de existencias y adecuada utilización de recursos.

#### ABSTRACT

In this work, we present the data of a real intensive care unit. Our aim was to elaborate a planning and organization of resources, based on a real situation, analysing the facts, diagnosing the problems detected and offering solutions and improvement strategies. Subsequently, we want to implement correcting measures to improve the quality of nursing care in an intensive care unit. Finally, we consider of high importance the fact of knowing what we have and how to use it.

## INTRODUCCIÓN

Una unidad de cuidados intensivos está dedicada a la atención de pacientes que, por sus especiales características, precisan un nivel de atención que no puede prestarse en una planta de hospitalización convencional.

La aplicación de los cuidados intensivos es el resultado de la intensa colaboración entre múltiples profesionales, y de la práctica de una serie de medidas y actuaciones que sólo pueden conseguirse con el nivel tecnológico y humano que se presta en este servicio.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La unidad objeto de nuestro estudio presta atención a unos 1500 pacientes al año y su actividad se dirige a múltiples patologías, tanto médicas como quirúrgicas, entre las que encontramos toda la variedad de patologías de una UCI polivalente que, además, es centro de referencia regional de enfermos posquirúrgicos de cirugía extracorpórea, de transplante de hígado, de transplante cardiaco, y con patología nequirúrgica. Iniciamos pues el análisis de existencias y características de recursos con los que cuenta esta unidad que bien puede ser como cualquier otra de sus mismas condiciones.

- **Recursos humanos.**

Participan de forma directa más de 15 médicos especialistas, más de 80 enfermeros, 40 auxiliares de clínica y otros trabajadores (celadores, personal administrativo, limpieza...).

El personal de enfermería está dirigido por un Supervisor/a de unidad, de la que dependen:

- 4 turnos rodados compuesto cada uno de ellos por:
  - 1 jefe de turno
  - 15 enfermeras/os
  - 8 auxiliares de enfermería -
- 1 turno de noches fijas compuesto por:
  - 1 jefe de turno
  - 17 enfermeras/os
  - 9 auxiliares de enfermería -
- 1 enfermera/o dedicado al control de material y aparataje.
- 1 enfermera/o dedicado al mantenimiento y actualización del sistema informático.
- 2 auxiliares de exteriores
- 1 turno volante compuesto por:
  - 2-3 enfermeros/as.
  - 1 auxiliar de enfermería.

- **Organización laboral**

Los horarios de trabajo para los distintos turnos de trabajo corresponden a turnos de 7 y 10 horas (día y noche respectivamente):

- Turno de mañanas: 8:00 a 15:00
- Turno de tardes: 15:00 a 22:00
- Turno de noches: 22:00 a 8:00

- **Funciones de Enfermería**

Las funciones enfermeras en una unidad de cuidados intensivos se centran en:

- Recibir el relevo a pie de cama de los enfermos asignados.
- Valorar el estado general, hemodinámica y respiratorio de los enfermos.
- Control de constantes del enfermo (cardíacas, respiratorias, temperatura, neurológicas...). Vigilar que se encuentren entre límites aceptables.
- Asegurarse que se encuentran conectados electrodos, manguitos de tensión, pinzas de pulsimetría, presiones..., así como que se transcriben al monitor, y este tiene activadas la toma de constantes según tratamiento.
- Comprobar que el sistema informático recoge los datos informáticos del monitor. Si no es así, comunicarlo e introducirlos a mano.
- Comprobar el tratamiento en el sistema informático, así como la grafica del enfermo, asegurándose que se corresponda con la realidad; revisando la fluidoterapia y el correcto flujo de la bomba de infusión, según tratamiento prescrito.
- Mantener la correcta higiene del enfermo, vigilando el estado de piel y mucosas. La higiene completa se realizará como mínimo una vez al día, y en el turno de mañana, y cada vez que sea preciso en el resto del día.
- Vigilancia y mantenimiento de las medidas de soporte respiratorio. Según proceda:
  - Asegurar la humidificación y correcto flujo de O<sub>2</sub>.
  - Asegurar la fijación de TOT o cánula de traqueotomía.
- Vigilar la adaptación del enfermo al ventilador, VNI... y los correctos valores de presión, volumen... Si está desadaptado, descartar las causas posibles antes de la sedación.
- En los enfermos con VNI vigilar la adaptación de la mascarilla, frecuencia respiratoria...
- Revisar respiradores comprobando el ajuste adecuado de las alarmas de presión, volumen, FiO<sub>2</sub>...

- En los enfermos en periodo de destete extremar la vigilancia en especial la frecuencia respiratoria, cardiaca, signos de aumento de trabajo respiratorio, equilibrio hemodinámico, fisioterapia respiratoria, posición de la cama, etc.
- Comprobar la conexión con el sistema informático ya sea por: Device-Link (cable concentrador en la cabecera del enfermo) o Vue-Link (cable al monitor de HP).
- Vigilar que los datos del respirador han sido recogidos por el sistema informático, en su defecto introducirlos a mano.
- Aspiración con técnica aséptica de secreciones.
- Revisión del carro de parada y desfibrilador, reponiendo lo necesario y firmando en el estadio correspondiente.
- Revisión de catéteres.
  - Vías centrales
  - Vías periféricas
  - Arterias
  - Swan-ganz
  - Balón de contrapulsación
  - Vías golfo de la yugular
  - Catéter de PIC
  - Drenajes plurales y mediastínicos
  - Shalldon
  - SNG
  - Sonda Vesical
  - Drenajes quirúrgicos
  - Electrocateter
- Curar cada 24 horas y en turno de mañanas:
  - Catéteres
  - Heridas (salvo especificación de frecuencia en tratamiento)
  - Úlceras por presión
- Medición de drenajes, incluido hemofiltro, siendo la auxiliar la encargada de evacuarlo o vaciar las bolsas una vez completas al final de cada turno.
- Aceptación de valores por defecto del tratamiento y en Ingresos (fluidoterapia) al finalizar el turno.
-

- Respecto a analíticas y pruebas:
  - Preparación de las peticiones de analítica ordinaria en el turno de mañanas y serán revisadas y cursadas en el turno de tardes.
  - Asegurarse de la recepción de resultados de analíticas y/o otras pruebas y su paso a la gráfica informática.
  - Extracción de analíticas prescritas en el tratamiento.
- Realización de EKG según tratamiento y requerimientos del enfermo.
- Vigilancia de arritmias y comunicación y/o actuación según proceda.
- Escribir relevo de enfermería ajustándose verdaderamente a las incidencias, evitando repetir aquello que es obvio o está reflejado en la gráfica.
- Aceptación de valores y comprobación de fluidoterapia (ingresos) así como cumplimentación de las pérdidas insensibles en las gráficas sobre las 7-8 horas para la realización del balance automático que efectúa el ordenador. - Realización de glucemias capilares.
- Administración de medicación, siendo la oral delegable en la Auxiliar de Enfermería. Firmando quien la administra (la responsabilidad y control sigue correspondiendo a la enfermería).
- Asegurarse al alta del enfermo que su hueco esté limpio y preparado para otro ingreso inmediato: oxígeno, aspiración, monitorización...
- Colocación de la gráfica y resto de historia que sale por impresora o llega a su box en cada turno y en su carpeta correspondiente procurando mantener el orden
- Cumplimentación de NEMS en cuidados de enfermería en las primeras horas del turno de mañanas.
- Ante un ingreso:
  - Verificar los datos y nº de Historia Clínica.
  - Cumplimentar la hoja de ingreso.
- Al alta del enfermo:
  - Cumplimentar hoja de alta de enfermería
  - Imprimir Historia, tratamiento, ingreso y alta de enfermería.
  - Trasladar a TEST A.
  - Asegurarse que el enfermo es trasladado con su historia completa salvo éxitus que se queda en la unidad.

- **Infraestructura**

La disposición de la unidad que nos ha servido de parámetro de estudio, se constituye en unidades o boxes, existiendo una unidad de hemodinámica, la cual dispone de dos camas, siendo allí donde se realiza la valoración inicial.

Hay cuatro boxes: dos generales, uno para politraumatizados y otro para cardiopatías, disponiendo en total de 42 camas para pacientes, estando las camas numeradas para una mejor localización. Cuenta así mismo con los espacios precisos para personal (vestuarios, despachos, espacios de descanso de personal), una farmacia para cada box, lencería, un almacén para el material, un laboratorio para análisis clínicos, y una recepción.

- **Recursos materiales**

Material inventariable:

- Respirados y accesorios
- Material para control neurológico
- Accesorios para monitores de PIC
- Material para control cardiológico y accesorios
- Aparatos de ECG y otros materiales (arcos quirúrgicos, bisturís eléctricos, pulsioxímetros, broncofibroscopios, ecógrafos, lámparas portátiles, etc.)
- Aspiradores.
- Bombas de infusión continua.
- Pies de gotero.
- Colchones antiescaras.
- Ordenadores.

Material fungible

Dentro de esta categoría entraría todo el material que por sus características especiales no se puede inventariar.

En este grupo entrarían elementos de trabajo tales como jeringas, agujas, vendas, pañales, gasas, guantes, sondas en general..., los cuales son imprescindibles para realizar las tareas cotidianas de la unidad.

- **Objetivos de una unidad de cuidados intensivos**

Los objetivos a lograr en una unidad de estas características se dividen en tres bloques:

- Objetivos de servicio: Enfocados hacia la búsqueda de la mejora del producto enfermero.
- Objetivos sociales: Buscando la permanente mejora de los procedimientos, actividades y tareas enfermeras.
- Objetivos económicos: Orientados hacia la eficiencia, o alcance de objetivos con los mínimos recursos.

## DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DETECTADOS

Una vez analizada la unidad hemos encontrado una serie de problemas, que bien podrían ser los de cualquier otra unidad de intensivos, y que una vez analizados, por orden de prioridad, serían los siguientes:

- a. Infecciones nosocomiales debidas a una realización defectuosa de los protocolos, y/o a una mala aplicación de las medidas de antisepsia establecidas.
- b. UPP causadas por colchones antiescaras defectuosos, y/o una falta de realización de cambios posturales.
- c. Mal tratamiento de las UPP y/o desconocimiento de protocolos
- d. Ulceraciones tanto en boca como en tracto digestivo.
- e. Inadecuada utilización de recursos materiales y tecnológicos en el desarrollo de las actividades enfermeras.
- f. Incorporación del personal sanitario sin experiencia en determinadas épocas del año (verano, vacaciones).
- g. Existencia del número de recursos humanos enfermeros en relación a la demanda.
- h. Ansiedad en los pacientes debido a estancias prolongadas.
- i. Desorientación en los pacientes entre el día y la noche, al ser la actividad en el servicio continúa a lo largo de todo el día, y estar la luz siempre encendida.
- j. Necesidad de una unidad intermedia entre UCI y planta, para los pacientes que no necesiten una atención tan continua.

Para intentar solucionar todos estos problemas expondremos una serie de propuestas como **medidas/estrategias** de solución.

- **Valoración de necesidad y distribución de recursos humanos:**

El tipo de pacientes que ingresa en esta unidad sería del tipo de cuidados máximos o nivel 3, con lo cual tienen una dependencia total del profesional sanitario para cubrir sus necesidades. Estos pacientes requieren, aproximadamente, una media de 6 horas de cuidados de enfermería al día.

La ocupación en UCI es del 100%, con lo cual las 32 camas existentes están ocupadas los 365 días del año, esto es debido a que es una UCI de referencia en la localidad en la que se ubica. Es imprescindible efectuar una valoración de las cargas de trabajo y necesidad de horas de atención de enfermería al día, dependiendo del nivel de dependencia del paciente, para un mejor conocimiento de la necesidad de recursos humanos en la unidad.

Si efectuamos una valoración de necesidades de horas de atención de enfermería al día y año, y una posterior traducción de esas horas en necesidad de recursos humanos enfermeros, para prestar los cuidados necesarios obtendríamos que, al ser los pacientes de un nivel 3 de cuidados, cada paciente necesitará 6 horas de cuidados de enfermería al día.

$32 \text{ camas} \times 6 \text{ horas cuidados/día} = 70.080 \text{ horas de cuidados/día}$

$192 \text{ horas de cuidados/día} \times 365 \text{ días/año} = 70.080 \text{ horas de cuidados/año.}$

Considerando las horas de jornada laboral que puede tener contratadas un profesional de enfermería en un centro público de estas características (1500 horas contratadas/año), utilizaremos la siguiente fórmula para la valoración de necesidad de recursos humanos:

Horas de atención de enfermería necesarias al año: horas contratadas al año de un profesional de enfermería = 70.080 : 1500 = 46'71 necesidad de enfermeras al día para cubrir las 24 horas

De igual modo valoraremos mediante la fórmula prescrita para ello, la distribución de ese personal de enfermería entre mañana, tarde y noche:

Nº de horas necesarias de enfermería x % de carga de trabajo de un turno determinado x nº días del año: nº horas de jornada laboral de un profesional de enfermería/año:

Mañanas = 192 horas necesarias/día x 0.6 (60% de carga de trabajo) x 365 días del año: 1500 horas de jornada laboral/año = 28'03 enfermeras

Tardes = 192 horas necesarias/enfermería x 0.3 (30% de carga de trabajo) x 365 días/año: 1500 horas/jornada/año = 14'01 enfermeras

Noches = 192 horas necesarias/día x 0.1 (10% carga de trabajo) x 365 días/año : 1500 horas/jornada laboral/año = 4'67 enfermeras

\* Hemos considerado esta distribución de % de cargas de trabajo en cada uno de los turnos.

Al realizar el reparto de las cargas de trabajo resultará que necesitamos a 28'03 personas para cubrir el turno de mañanas, a 14'01 para cubrir el turno de tardes y 4'67 para cubrir el turno de noches. Sumados nos daría los 46'71 planificados como necesidad de recursos humanos. Sin embargo, estos datos teóricos pueden no concordar con la realidad, ya que al ser UCI un servicio en el que los pacientes requieren grandes atenciones y cuidados, las cargas de trabajo serán similares en los tres turnos, necesiándose por tanto el mismo número de enfermeros en los tres turnos, si la demanda de cuidados de enfermería así lo requiere.

- **Infecciones nosocomiales**

Se impartirán charlas explicativas sobre los procedimientos a seguir en las técnicas asépticas, y se concienciará a los profesionales sanitarios para que lleven el máximo cuidado posible en la realización en las técnicas estériles. Todo ello unido al cumplimiento de las pautas y protocolos de obligado cumplimiento para prevención y cuidado de las infecciones nosocomiales

- **Aparición de UPP**

Prevenirla y evitarlas con la correcta utilización de los protocolos de UPP, con el correspondiente seguimiento de las lesiones, y formación continuada sobre la protocolización y terapias de UPP.

- **Ulceraciones por sondas de alimentación**

Se incidirá en la importancia de sustituir las sondas de vaciado a los dos o tres días de su implantación por sondas de alimentación, ya que al ser más finas y dúctiles reducen ampliamente el número de ulceraciones, tanto en boca como en tracto digestivo.

- **Adecuada utilización de recursos materiales**

Revisión y mantenimiento del aparataje y material y formación e información para su manejo y adecuada utilización.

- **Ansiedad en el paciente**

Para intentar disminuir la ansiedad de los pacientes, incrementar los niveles de comunicación, información y educación sanitaria, dependiendo del estado del paciente.

Durante la noche se intentará realizar el menor ruido posible, así como tener el máximo número de luces apagadas, para que el paciente pueda diferenciar entre el día y la noche y favorecer el confort durante su estancia.

- Crear una unidad intermedia entre UCI y planta de hospitalización, en la que se atenderá al paciente que, aun siendo su estado grave, presente una mayor autonomía.

- **Atención al factor humano enfermera**

Formación al personal de nueva incorporación y atención al personal de enfermería en este proceso de adaptación y conocimiento de las nuevas actividades a desarrollar al inicio de los contratos de trabajo.

Como objetivos principales consideramos prioritario disminuir las infecciones nosocomiales y las UPP. Y como objetivos específicos el adiestrar al personal sanitario para que realice las distintas técnicas y protocolos lo mas correctamente posibles.

Otro objetivo principal será el de disminuir la ansiedad y la desorientación del paciente, aumentando la comunicación y el dialogo con ellos.

Para alcanzar con éxito estos objetivos se dará formación continuada a los enfermeros, a los que se les informará de las posibles mejoras tanto en las técnicas, como en la comunicación con el paciente.

Con estas medidas deseamos conseguir una disminución de las infecciones nosocomiales, las UPP, y la ansiedad de los pacientes.

La evaluación de estos objetivos se realizará mensualmente, modificándose las acciones que se consideren oportunas en cada momento.

La protocolización de actividades constituye en unidades de intensivos una herramienta imprescindible para la correcta administración de cuidados y recursos. Como ejemplo de ello exponemos un protocolo de actuación, como plan de cuidados en las UPP, al considerar este problema de pérdida de integridad de la piel, uno de los más importantes por su incidencia y prevalencia en las unidades de cuidados intensivos.

## **PROTOCOLO PIEL INTEGRAL - GRADO 0:**

### **Cuidados generales preventivos**

1. Buena higiene corporal del enfermo, al menos una vez por turno.
2. Hidratación de la piel con cremas o en su defecto con vaselina, especialmente en zonas peligrosas.
3. Masaje suave de la piel durante el aseo.

4. ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS (MEPENTOL®, CORPITOL®) 2 o 3 gotas y un ligero masaje sobre zona de riesgo para formar una película protectora.
5. Cambiar la ropa de cama siempre que las sábanas estén húmedas o mojadas; incontinencia, secreciones, sudor, etc. Mínimo 1 vez por turno.
6. Mantener bien estirada la ropa de cama, evitando las arrugas, el exceso de ropa y otros elementos, como empapadores, entremetidas, etc.
7. Valorar la piel cada turno
8. Vigilar que el paciente esté bien nutrido; aporte de proteínas, vitamina C y minerales, básicamente hierro.
9. Controlar una buena hidratación.

### Con Inmovilización o NORTON alto

10. Protección de las zonas de mayor riesgo con almohadas.
  - *Decúbito lateral*: Protección de cabeza, pelvis, rodillas, tobillos y trocánteres.
  - *Decúbito Supino*: Protección de pelvis, talones, piernas, codos, escápula y cabeza. Para ello ponerlas debajo de la cintura, muslos y pantorrilla.
  - *Decúbito Prono*: Protección de la zona frontal de la cabeza, brazos, zona pélvica, rodillas, piernas y dedos del pie (gordo).
11. Colocar colchón antiescaras lo antes posible.
12. Colocar taloneras antiequino, el pie con la pierna debe estar siempre en ángulo recto, tras consultar con Rehabilitación.
13. Cambios posturales cada 2 horas, girando la cabeza todo lo posible. Sugerimos las horas pares del día.
14. En caso de contraindicación de movilizaciones de cambios posturales, efectuar estas con la cama girándola alternando lateralmente.

## **PROTOCOLO ESCARA GRADO I**

### Cuidados generales preventivos

1. Cambios posturales cada 2 horas.
2. Cada cambio postural MEPENTOL®, 2 ó 3 gotas para formar una película protectora, no masajear en zonas de presión.
3. Con Inmovilización o NORTON alto, APÓSITO hidropolimérico (Tielle) en zona de presión. Levantar apósito por día como mínimo para vigilar evolución, e hidratar y aplicar MEPENTOL®, volver a colocar el mismo si es posible.
4. No colocar al paciente en la posición donde se localizan las UPP. Liberar la zona de presión el mayor tiempo posible.

## **PROTOCOLO ESCARA-GRADO II**

### **Cuidados generales**

1. Cambios posturales c/ 2 horas.
2. Limpieza suave de la escara con suero salino no frío.
3. Si no existe sospecha de infección colocar apósito hidropolimérico, valorando su efecto por primera vez a las primeras 24 horas, después manteniéndolo hasta 72 horas o hasta que signos de retirada (apósito muy ingurgitado, signos o sospecha de sobreinfección de la UPP).
4. Si existe síntomas de infección colocar apósito de carbón y plata ACTISORB® y encima un hidropolimérico TIELLE®
5. No colocar al paciente en la posición donde se localizan las UPP. Liberar la zona de presión el mayor tiempo posible.

## **PROTOCOLO ESCARA GRADO III**

### **Cuidados generales preventivos**

1. Cambios posturales cada hora.
2. Desbridamiento de la zona necrosada:
  - a. Con pinzas de disección y bisturí o tijeras. Si sangra, compresión durante unos momentos, si no deja de sangrar daremos un punto.
  - b. Se puede tratar con parche hidropolimérico/hidrocoloide añadiendo hidrogel (Nugel) para ayudar a la desbridación, tras retirar con bisturí, está indicado sobre todo ante esfacelos y capas blanquecinas.
  - c. Con pomadas de acción enzimática, IRUXOL®, DERTRASE®.

Se pueden utilizar las dos formas de desbridamiento simultáneo.

3. Con la escara limpia y desbridada:

#### **Si no hay infección:**

HIDROGEL + APOSITO HIDROPOLIMÉRICO siempre que la herida evolucione favorablemente.

Ante **estancamiento en la evolución** de la herida, se aplicará disminución de la carga bacteriana de la herida durante 14 días aplicando apósito de carbón y plata ACTISORB® y encima un hidropolimérico TIELLE® . Si la herida es poco exudativa aplicar Nugel®

#### **Si hay infección:**

Utilización de apósitos oclusivos de carbón activado y plata ACTISORB®. Cambio cada 24-48 horas.

Cultivo y TUL + FURACIN (o antibiótico concreto, tras cultivo). Se puede utilizar el apósito hidrocoloide tipo Tielle, simultáneamente con pomadas antibióticas, siempre con

supervisión y cura de la herida cada 24h mínimo, si no existen síntomas de sobreinfección anterior.

4. Ante sospecha de infección se tomarán Cultivos de la escara seriados, una vez por turno en 2-3 días. (El cultivo se tomará con la herida limpia y pasando el escobillón por distintas zonas de la misma. Se enviará con medio de transporte).

## **PROTOCOLO ESCARA GRADO IV**

### **Cuidados generales preventivos**

1. Cambios posturales cada 2 horas.
2. Desbridamiento de la zona necrosada manualmente con bisturí ayudándose con apósitos oclusivos con hidrogel, y si no es suficiente aplicación de pomadas de acción enzimática: IRUXOL®, DERTRASE®, FURACIN®.
3. Cursar una hoja de consulta al servicio de Cirugía Plástica.
4. En UPP muy exudativas se pueden aplicar apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con gran poder de absorción, Aquacel®, junto a apósitos hidropoliméricos.

### **IMPORTANTE:**

- NO aplicar antisépticos, betadine®, mercromina®... en UPP (ya que destruyen el tejido de granulación), salvo indicación del especialista por infección.
- NO APLICAR COLONIA EN ZONAS DE PRESIÓN PARA MASAJEAR NI HIDRARTAR.
- NO colocar flotadores, rulos o cualquier elemento en zonas de presión o zonas limítrofes que puedan limitar la circulación.
- NO colocar al enfermo sobre las zonas de riesgo o lesión salvo que no exista mas remedio.
- APLICAR el protocolo sin tomar medidas individuales, que se salgan del protocolo, respetando así el trabajo del compañero y fomentando el trabajo en equipo.
- En caso de ausencia de apósitos hidropoliméricos se pueden usar hidrocoloides, salvo con heridas muy exudativas y/o sobreinfectada.

**ESCARA GRADO 1:** Enrojecimiento de la piel que desaparece al eliminar la presión. La piel y los tejidos subyacentes están blandos.

**ESCARA GRADO 2:** Enrojecimiento, edema con o sin ampollas epidérmicas y pérdida de integridad de la piel.

**ESCARA GRADO 3:** Necrosis de piel con exposición de grasa subcutánea con o sin exudado serosanguinolento.

**ESCARA GRADO 4:** Ulcera profunda con Necrosis de músculo - hueso.

# ESCALA DE NORTON

<u>NIVEL DE CONCIENCIA</u>	<u>INCONTINECIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>MOVILIDAD</u>	<u>ESTADO NUTRICIONAL</u>	<u>ASPECTO PIEL</u>
Orientado 1	Ninguna 1	Normal 1	Completa 1	Bueno 1	Normal 1
Desorientado 2	Ocasional 2	Camina con ayuda 2	Limitación ligera 2	Regular 2	Edema 2
Letárgico 3	Urinaria ó Fecal 3	Se sienta con ayuda 3	Muy limitada 3	Pobre 3	Eritema descamación 3
Comatoso 4	Urinaria y Fecal 4	Encamado 4	Inmóvil 4	Caquetico 4	Anterior en zonas 4

## GRADO DE CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS PARA LA PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE UPP

En la tabla siguiente se puntuarán del 1 al 5 los aspectos más relevantes en relación a la prevención y tratamiento de las UPP, siendo 1 la puntuación más baja y 5 la más alta.

	1	2	3	4	5
HIGIENE CORPORAL				X	
HIDRATACIÓN DE LA PIEL				X	
MASAJE DE LA PIEL				X	
CAMBIOS DE ROPA DE LA CAMA					X
ELIMINACIÓN DE ARRUGAS EN LA ROPA DE LA CAMA					X
VALORACIÓN DE LA PIEL			X		
VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN				X	
PROTECCIÓN DE ZONAS DE RIESGO			X		
COLOCACIÓN DE COLCHÓN ANTIESCARAS					X
CAMBIOS POSTURALES		X			
CORRECTO TRATAMIENTO DE UPP		X			
REVISIÓN DEL COLCHÓN ANTIESCARAS				X	

Tras realizar la medición de la realización de las distintas tareas que deberemos realizar a la hora de prevenir o tratar las UPP, dividiremos los resultados obtenidos en tres bloques:

- Objetivos cumplidos (puntuación 5).
- Objetivos mejorables (puntuación 3 y 4).
- Objetivos no cumplidos (puntuación 1 y 2).
- **Objetivos cumplidos:** objetivos totalmente cumplidos, con los que no habría que hacer cambio, aunque si seguir incidiendo en estas conductas para que no caigan en el olvido.

Cambio de ropa de la cama: la ropa de la cama se cambia siempre que sea necesario, ya sea porque estén húmedas, sucias, etc.

Eliminación de arrugas de la ropa de la cama: tanto las enfermeras como las auxiliares se preocupan de alisar correctamente la ropa de la cama.

Colocación de colchón antiescaras: en este servicio el 100% de las camas están dotadas de colchón antiescaras.

- **Objetivos mejorables:** son aquellos objetivos que se cumplen parcialmente, siendo necesario concienciar o instruir al personal sanitario en estos objetivos para lograr una consecución total de los mismos.

Higiene corporal: se realiza correctamente, pero no se llega a realizar en todos los turnos.

Hidratación de la piel: se realiza conjuntamente con la higiene, por tanto no se realiza en todos los turnos, y no siempre se realiza con los materiales adecuados.

Masaje de la piel: al igual que la hidratación se realiza al mismo tiempo que la higiene, realizándose mientras se hidrata la piel. No es todo lo exhaustivo que debiera.

Valoración de la piel: no siempre se examina la piel del paciente con el detenimiento que sería necesario.

Vigilar nutrición e hidratación: se debería de prestar más atención al nivel de cicatrización de la piel del paciente, así como a la fase de la dieta en la que se encuentra, comentando con el médico su posible modificación. Valoraremos así mismo la sudoración del paciente, y si presenta piel o mucosas reseca.

Protección de zonas de riesgo: se procederá a proteger todas las posibles zonas de riesgo con anterioridad a la aparición de UPP, favoreciendo de este modo la no aparición de las mismas.

Revisión del colchón antiescaras: la revisión del colchón se realizará al mismo tiempo que se realiza la higiene del paciente. El colchón se debería de revisar al menos dos veces por turno, y dar aviso inmediato para su reparación o sustitución.

- Objetivos no cumplidos: estos objetivos solamente se cumplen de forma aislada por parte de algún profesional sanitario por lo cual deberemos incidir sobremanera en estos aspectos, para que sean tenidos en cuenta por todo el personal sanitario, y así hacer que pasen de ser una práctica aislada a una forma común de conducta.

Cambios posturales: estos cambios no son siempre posibles dada la extrema gravedad de algunos pacientes, pero en los que carezcan de tal gravedad se deberían realizar de forma sistemática cada dos horas. En estos momentos se observa que solo se realizan durante la higiene y al movilizar al paciente al sillón. Procederemos a protocolizar esta praxis enfermera y a incidir de forma especial en su cumplimiento.

Correcto tratamiento de las UPP: se ha observado un déficit de conocimientos a la hora de tratar esta patología, tratándose estas ulceraciones como si de una herida normal se tratase.

## BIBLIOGRAFÍA

1. - BALDERAS PEDRERO, M. L. (2004): Administración de los servicios de enfermería. 4ª edic. México. Interamericana/Mc Graw-Hill.
2. BARRANCO, F. J. (1993): Planificación estratégica de Recursos humanos. Madrid. Pirámide.
3. CARPENITO, L. J. (1991): Diagnóstico de Enfermería. 3º ed. Madrid. Interamericana.
4. CHIAVENATO, I. (1990): Administración de recursos humanos. México. Mc Graw-Hill.
5. COLINA, J.; RODRIGUEZ, D. (2002): Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Madrid. Edit. Masson

6. CUIRIEL HERRERO, J. Y COL. (2000): Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria .Madrid Edit Editores Médicas SA.
7. GUILLIES, D. A. (1994): Gestión de Enfermería. Una aproximación a los sistemas. Masson-Salvat.
8. HUMET, C. (1994): "Calidad, ética y coste". En Revista de Calidad Asistencial. Vol. 9-nº 1, marzo, pp. 6-7.
9. KOONTZ, H. y WEIHRICH, H. (1990): Administración. 9ª edic. México. Mc Graw-Hill.
10. LA MONICA, E. L. (1994): Dirección y administración en enfermería. Un enfoque práctico. Barcelona. Masby Doyma.
11. LÓPEZ MONTESINOS, MJ. (1998): Administrar en Enfermería, hoy. Murcia, Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.
12. MALAGON.LONDOÑO Y COL. (2000): Administración hospitalaria, 2ª edic.Madrid. Edit. Médica Panamericana
13. MARRINER, A. (1996): Administración y liderazgo en enfermería. Barcelona. Edit. Mosby
14. MARRINER, A. (2001): Guía de gestión y dirección de enfermería. Barcelona. Edit. Harcourt y Mosby.
15. PACHECO DEL CERRO, E. (1995): Administración de los Servicios de Enfermería. Madrid. Edit. Síntesis.
16. PINEAULT, R. y VAVELUY, C. (1994): Planificación sanitaria. Barcelona. Masson.
17. PUGH, J. B. y WOODWARD, M. A (1992): Guía práctica para la dirección de personal en Enfermería. Barcelona. Doyma.
18. SAN MARTÍN, H. (1989): Administración y salud pública. México. Edit. Prensa Médica.
19. TAYLOR, F. W. (1979): Principios de administración científica. Buenos Aires. Edit. Ateneo.
20. VUORI, H. V. (1988): El control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona. Masson.
21. YURA, H. y WALSH, M.B. (1982): El proceso de Enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación. Madrid. Alambra.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia