

EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA, EN UNA IPS DE IV NIVEL DE LA CIUDAD DE NEIVA,
2013

MARIA ALEJANDRA ALARCON ORDOÑEZ
WILMAR MOSQUERA RICO
ANGEL HUMBERTO VILLANUEVA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA-HUILA
2013

EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA, EN UNA IPS DE IV NIVEL DE LA CIUDAD DE NEIVA,
2013

MARIA ALEJANDRA ALARCON ORDOÑEZ
WILMAR MOSQUERA RICO
ANGEL HUMBERTO VILLANUEVA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE
ENFERMERO

ASESORA:
CLAUDIA ANDREA RAMÍREZ PERDOMO
ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO
MAGISTER EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN GERENCIA Y SERVICIO DE
SALUD

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA-HUILA
2013

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DE LA ASESORA

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Neiva, Junio 17 de 2013.

DEDICATORIA

A Dios, por sus infinitas bendiciones, por guiar mi vida, por iluminar mi camino y dirigir siempre mis pasos.

A mis padres, que son mi mayor tesoro y el motivo más grande de mi felicidad, por su amor, su comprensión, su apoyo y su ejemplo. Soy la persona de hoy gracias a los valores que me han enseñado en casa.

A Fran, por quererme tanto, por tu apoyo incondicional, por tus buenos deseos y tus grandes intenciones. Por ser un gran ejemplo de hermano y porque sé que nunca faltarás para mí.

A Ángel, por tu ilimitado amor y por atreverte a soñar a mi lado.

Alejandra

A mi familia, quienes han sido autores y responsables de formarme como un ser integral, lleno de virtudes y valores, quienes han estado siempre apoyándome y alentándome a seguir sin importar las adversidades que se me presenten, a ellos, de quienes siempre he recibido consejos ante las dudas que nos trae las circunstancias de la vida, a ellos quienes han sido, son y serán lo más grande y extraordinario que me haya regalado Dios.

Wilmar

A mi madre Rosalba, por todo su amor, apoyo, comprensión y sacrificios, a mis hermanos Marcos e Iván por alentarme a continuar cada día, a María Alejandra, por su amor incondicional y por atreverse a soñar a mi lado, a mis profesores, por su paciencia, disposición y dedicación para enseñarme la ciencia y arte de cuidar.

Ángel

AGRADECIMIENTOS

Al creador de todo lo existente, por sus infinitas bendiciones.

A nuestra asesora Claudia Andrea Ramírez Perdomo, por su dirección, paciencia y valiosa enseñanza.

A cada uno de los docentes por entregarnos sus ilustres conocimientos, para contribuir a nuestra formación personal y profesional.

A nuestra amada Alma Máter especialmente al programa de Enfermería por abrirnos sus puertas y brindarnos las herramientas para ser embajadores de Cuidado.

A mis amigos de investigación por la motivación constante y el inestimable apoyo en los momentos difíciles, factores de equilibrio que ayudaron a llevar a cabo estas líneas investigativas.

A nuestros compañeros de clase por su apreciable compañía en la lucha por llegar a la meta.

Alejandra

Wilmar

Ángel

TABLA DE CONTENIDO

| | PÁG |
|---|------------|
| INTRODUCCIÓN | 17 |
| 1 DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 2 JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 3 OBJETIVOS | 28 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 28 |
| 3.2 ESPECÍFICOS | 28 |
| 4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS | 29 |
| 5 MARCO TEÓRICO | 30 |
| 5.1 DEFINICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN | 30 |
| 5.2 ETIOLOGIA Y MECANISMOS QUE ALTERAN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL | 31 |
| 5.3 LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS UPP | 32 |
| 5.4 CLASIFICACIÓN DE LAS UPP | 33 |
| 5.5 HERRAMIENTAS PARA VALORACIÓN DEL RIESGO | 34 |
| 5.6 ESCALAS DE VALORACION DE RIESGO | 35 |
| 5.7 VALORACION DEL ENTORNO DE CUIDADO, PREVENCIÓN | 37 |
| 5.8 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 39 |
| 5.9 PROTOCOLO CLINICO | 43 |
| 5.10 EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS | 46 |
| 5.11 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, H.U.H.M.P. | 48 |
| 6 . DISEÑO METODOLÓGICO | 49 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 6.1 | ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO | 49 |
| 6.2 | POBLACIÓN | 49 |
| 6.2.1 | Criterios de inclusión: | 49 |
| 6.3 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS | 49 |
| 6.4 | INSTRUMENTOS | 50 |
| 6.4.1 | Validación de los instrumentos. | 51 |
| 6.5 | PRUEBA PILOTO | 51 |
| 7 | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 52 |
| 8 | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 61 |
| 9 | RESULTADOS | 63 |
| 9.1 | CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. | 63 |
| 9.2 | ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA ULCERAS POR PRESIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCIÓN DE IV NIVEL, NEIVA 2013 | 72 |
| 9.3 | ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS DEL PROTOCOLO | 79 |
| 9.4 | ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA UPP | 84 |
| 9.5 | ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO CON EL INSTRUMENTO AGREE II | 90 |
| 10 | DISCUSIÓN | 93 |
| 11 | CONCLUSIONES | 105 |
| 12 | RECOMENDACIONES | 108 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 110 |
| | ANEXOS | 117 |

LISTA DE TABLAS

| | pág. |
|---|------|
| Tabla 1. Distribución por edad en años de pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 60 |
| Tabla 2. Distribución según la Patología de pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 66 |
| Tabla 3. Distribución de los principales factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad según la escala de Braden en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 67 |
| Tabla 4. Distribución del tiempo de hospitalización en días, de los pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de Medicina Interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 69 |
| Tabla 5. Distribución de las edades del personal que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 73 |
| Tabla 6. Distribución del tiempo de vinculación (meses) del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 76 |
| Tabla 7. Distribución del tiempo laborado en horas al mes por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 77 |
| Tabla 8. Conocimiento de la existencia de un protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 79 |
| Tabla 9. Distribución por frecuencia y porcentaje de los conocimientos teórico-prácticos del Protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 79 |
| Tabla 10. Conocimiento de la existencia de la escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP en el protocolo de prevención, por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 81 |

| | |
|--|----|
| Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes de los conocimientos prácticos del Protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 85 |
| Tabla 12. Calificación de protocolo de atención de enfermería en prevención de úlceras por decúbito, teniendo en cuenta el instrumento AGREE II. | 90 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | pág. |
|---|------|
| Gráfico 1. Distribución de los Pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de Medicina Interna en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 63 |
| Gráfico 2. Distribución por Sexo de los pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 65 |
| Gráfico 3. Distribución de úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 68 |
| Gráfico 4. Distribución de la ubicación de las úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 70 |
| Gráfico 5. Distribución de la Categoría de las úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013. | 71 |
| Gráfico 6. Servicios en los que se desarrollaron las UPP, de los pacientes con alteración de la movilidad hospitalizados en el servicio de medicina una IPS de IV nivel, Neiva, 2013 | 72 |
| Gráfico 7. Distribución por sexo del personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 74 |
| Gráfico 8. Último grado académico alcanzado por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 75 |
| Gráfico 9. Distribución del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna que realiza turnos adicionales en otras instituciones o servicios de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013 | 78 |
| Gráfico 10. Criterio utilizado en el momento de realizar cambios de posición por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013. | 82 |

Gráfico 11. Frecuencia de utilización del protocolo de atención de enfermería para prevenir úlceras por presión en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

83

Gráfico 12. Principal razón para utilizar el protocolo de prevención de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva.

84

LISTA DE ANEXOS

| | pág. |
|--|------|
| ANEXO A. TABLA DE PRESUPUESTO | 117 |
| ANEXO B. LISTA DE CHEQUEO PARA PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD | 118 |
| ANEXO C. ENCUESTA AUTODILIGENCIADA. | 119 |
| ANEXO D. LISTA DE CHEQUEO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ULCERAS POR ECÚBITO. (IMPLEMENTADA POR EL H.U.N.) | 121 |
| ANEXO E. INSTRUMENTO AGREE II | 122 |
| ANEXO F. CONSENTIMIENTO INFORMADO | 129 |
| ANEXO G. ACTA DE PROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO. | 132 |
| ANEXO H. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 134 |

RESUMEN

Las heridas de evolución crónica, tienen como característica la escasa tendencia a la cicatrización de forma espontánea y tienen una presencia importante en la práctica clínica diaria; las úlceras por presión (UPP), no son un fenómeno nuevo, han convivido con el ser humano desde sus orígenes, y/o desde que una persona tuvo que quedar postrada e inmóvil por su enfermedad o ancianidad. La OMS utiliza "La incidencia de las úlceras por presión", como indicador, para evaluar la calidad asistencial, la cual depende de la eficiencia y eficacia del recurso de Enfermería. Por eso, las intervenciones destinadas a prevenir la aparición o retardar la evolución de las UPP, han sido temas de interés de profesionales de la salud en el mundo y en Colombia, reflejado en la publicación, aplicación de guías y protocolos para su prevención y tratamiento, cuya intencionalidad ha sido estandarizar intervenciones de calidad para la prevención oportuna y el manejo eficaz

Por lo anterior, surge la necesidad de determinar, cómo es la prevención y el manejo de UPP por parte del personal de Enfermería según el protocolo establecido en el servicio de Medicina Interna, en una I.P.S. de IV nivel, identificando los pacientes que presentaron alteración de la movilidad, edades, principales patologías y factores de riesgo asociado, la caracterización sociodemográfica del personal de enfermería, su grado de conocimiento, adherencia y cumplimiento al protocolo y el nivel de calidad que presentaba el mismo.

De esta forma se determinó que 12 pacientes hospitalizados presentaron alteración de la movilidad, 7 desarrollaron UPP, en categorías I y II, siendo la región sacra la ubicación más frecuente, 85,71% se desarrolló en el servicio de Medicina Interna, con un tiempo promedio de hospitalización de 28 días, evidenciándose un bajo grado de adherencia y cumplimiento del protocolo, pues las acciones ejecutadas al momento de realizar actividades de prevención y manejo de UPP no se cumplen de acuerdo al protocolo, sino, según el juicio clínico de quien las realiza.

En la evaluación de calidad global del protocolo, este presentó una puntuación de 2 en la escala de 1 a 7, siendo 1 la calidad más baja y 7 la calidad más alta, considerándolo como no recomendable para su utilización y aplicación.

El bajo nivel de conocimientos del contenido del protocolo, la poca adherencia, cumplimiento y la falta calidad del mismo, sumado a la delegación por parte del profesional de Enfermería de actividades asistenciales propias de su quehacer,

pueden ser factores de riesgo para el desarrollo y evolución de las UPP en el servicio de Medicina Interna.

Por tanto, los resultados obtenidos tienen una aplicación inmediata en los procesos de elaboración de los protocolos de atención en salud, su difusión, entendimiento y aplicación por parte del personal asistencial que lo utilice

PALABRAS CLAVES: úlceras por presión protocolo clínico; evaluación; prevención; adherencia

ABSTRACT

The chronic wounds evolution, have as a common feature little or no tendency to spontaneous healing and have a significant presence in daily clinical practice, the pressure ulcers (PU) as a chronic wound, are not a new phenomenon, these lesions have coexisted with human being from the beginning, and / or from which a person had to be bedridden and immobile by illness or oldness. So, WHO uses "The incidence of pressure ulcers" as indicator to assess the quality of care, which depends directly on the efficiency and effectiveness of the remedy of Nursing. That's why interventions to prevent the onset or slow the progression of pressure ulcers have been topics of interest for health professionals in the world and in Colombia, which is reflected in the publication and implementation of guidelines and protocols for prevention and treatment, whose intent has been to standardize quality interventions for prevention and management.

Therefore, the need arises to determine how the prevention and management of pressure ulcers is by the nursing staff according to the protocol established in Internal Medicine in four level IPS, identifying the number of hospitalized patients who had impaired mobility, age, major underlying diseases and associated risk factors, but also, sociodemographic characterization of nursing staff, their level of knowledge, adherence and compliance to the protocol and its level of quality.

In this way, it was determined that 12 patients had impaired mobility, 7 developed pressure ulcers, especially in categories I and II, sacral prevail as the most frequent, 85.71% was developed in the service of internal medicine, with an average time of hospitalization of 28 days, showing a low degree of adherence and compliance with the protocol, because the actions taken at the time of the activities related to the prevention and management of pressure ulcers were not implemented according to the described in the protocol, but in the clinical trial.

In terms of overall quality assessment of the protocol, it was determined that a score of 2 on a scale of 1-7, with 1 being the lowest quality and 7 the highest quality, considering this protocol as not recommended for use and application. The low level of knowledge of the protocol content, the poor adherence and compliance, in addition to the low quality of the same, plus the delegation of the professional Nursing care activities to the patient care assistants may be risk factors for the development and evolution of pressure ulcers in Internal Medicine.

Therefore, the results obtained have an immediate application in the process of developing the health care protocols and their dissemination, understanding and implementation by the health care personnel who use it.

KEYWORDS: pressure ulcer, clinical protocols, evaluation, prevention, adhesión.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de las heridas es, sin duda, una de las acciones más cotidianas en la actividad desarrollada por los profesionales sanitarios en los distintos contextos asistenciales. Sin embargo, la consideración de las heridas a nivel social y profesional y la dedicación por parte de los investigadores y clínicos, ha sido desigual en razón directa a su etiología, su popularidad, la opinión aplicada o su conocimiento.¹

Las heridas de evolución crónica, úlceras de piel, tienen como característica común la escasa o nula tendencia a la cicatrización de forma espontánea y tienen una presencia importante en la práctica diaria.²

Las úlceras por presión (UPP), como herida crónica, no son un fenómeno nuevo. Estas lesiones han convivido con el ser humano desde sus orígenes, a lo largo de los siglos, y/o desde que una persona tuvo que quedar postrada e inmóvil por su enfermedad o ancianidad³. Son lesiones que no entienden de posiciones sociales, ni de situaciones personales, por lo que nadie se ha librado de padecerlas, García et al., (2009)⁴. Sin embargo el conocimiento de su cuidado ha sufrido una inusual ralentización durante muchos siglos, en la creencia de que se trataba de un proceso tranquilo, inevitable e “inmejorable” (Hunt y Van Winkle, 1979).⁵

Pero no es hasta el siglo XVI cuando se avanza en el cuidado de esas lesiones. En 1953, el cirujano holandés Fabricius Hildanus describe, por primera vez, de manera explícita, las características clínicas de las UPP, identificando como causas los factores naturales externos y factores sobrenaturales internos, así como una interrupción en el aporte de “pneuma”, sangre y nutrientes (Defloor, 1999). En esa misma época, en Francia, Ambrose Paré fue famoso por sus tratamientos en las heridas de guerra. Entre éstas, trató UPP y sus recomendaciones parecen tan actuales como las de nuestros tiempos: nutrición sana, tratar las enfermedades subyacentes, alivio de la presión, apoyo psicológico y eventualmente apoyo quirúrgico y apósitos.⁶

¹HERNANDEZ MARTINEZ, Elvira, Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales. Tesis Doctoral. Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2012. 207p.

² *Ibid.*, p. 23

³ *Ibid.*, p. 23

⁴ GARCÍA FERNÁNDEZ, Francisco Pedro, *et al.* Anecdotario histórico de las heridas crónicas: Personajes ilustres que la han padecido. *En* Revista Rol de Enfermería, 2009, Vol. 31 no. 1., P. 60-3

⁵ HERNANDEZ. *Op. cit.*, p. 23.

⁶ *Ibid.*, p. 23

A finales del 2009⁷, las sociedades más importantes en materia de UPP a nivel mundial, la NPUAP, Norteamericana, y le EPUAP, Europea, con la intención de desarrollar guías internacionales de manejo de estas lesiones, han acordado de la nueva definición: “Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o presión en combinación con cizallamiento. También se asocian con las úlceras por presión un número de factores contribuyentes u otros factores confundidores; la importancia de estos factores todavía no se ha dilucidado”

La presencia de UPP en una entidad prestadora de servicios de salud de alto nivel debe ser considerado un problema menor y de baja incidencia, por la alta disposición de conocimientos y tecnología de vanguardia útil para la prevención y el manejo de patologías incluso más relevantes clínicamente que las úlceras por presión.

Por esto, la prevención de las úlceras por presión debería convertirse en un tema de interés para los profesionales de Enfermería y demás profesionales de la salud, pues la OMS utiliza "La incidencia de las úlceras por presión"⁸, como uno de sus indicadores, para determinar la calidad asistencial de la red hospitalaria de un país; por consiguiente, a su vez se evidencia la eficiencia y eficacia del cuidado que brinda el personal de Enfermería.

De aquí la importancia de que una institución cuente con protocolos de manejo y prevención de UPP, que permita reducir la incidencia y prevalencia, y de paso contribuir en la completa recuperación de los pacientes y evitar generar afecciones, lesiones o daños ajenos a la patología con la cual se ingresa a la institución, de esta forma atender específicamente la necesidad del usuario y no generarle más complicaciones que aumenten su trauma, estrés y con ello sus días hospitalarios lejos de la comodidad de su hogar.

De esta manera, la evaluación y control de estas medidas nos permite redefinir nuevos métodos de prevención e intervención del manejo de heridas a nivel hospitalario, pues constituye una ayuda en el proceso de decisiones clínicas al presentar alternativas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, las cuales reducen la variabilidad injustificada en la práctica clínica, garantizando de esta forma una mejora en la salud del usuario y una mejora en la calidad del proceso asistencial.

⁷ EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. 26 p.

⁸ IZQUIERDO MORALES, Felicitas. Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Trabajo de grado Especialista en Enfermería Intensivista Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.a.p. de Enfermería. 2005. 70 p.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la prevención de úlceras por presión el profesional de Enfermería tiene gran responsabilidad dentro de su rol. Estudios estiman que las úlceras se pueden prevenir hasta un 98%, por lo que el índice de estas se ha convertido en un indicativo de la calidad del cuidado de Enfermería.

“Las úlceras por presión suponen un importante impacto para cualquier nivel asistencial ya que ocasionan consecuencias de diferente índole y gran importancia no sólo para las personas que las sufren sino también para los profesionales y las Instituciones asistenciales por sus repercusiones económicas y legales. Por una parte las úlceras por presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte⁹.

Estadísticas recientes muestran que las úlceras por presión aparecen de 3 a 10 % de los pacientes hospitalizados en un momento dado; que la tasa de incidencia de desarrollo de una nueva úlcera por presión oscila entre 7,7 y 26,9 %; que dos tercios de las úlceras que aparecen en hospitales ocurren en pacientes mayores de 70 años, sector creciente de nuestra población, por lo que se debe esperar un aumento de su incidencia en los próximos años; que ocurren también con mayor frecuencia en pacientes jóvenes lesionados medulares, entre los cuales la incidencia es del 5-8 % anualmente y del 25-85 % de ellos desarrolla una úlcera por presión alguna vez, la cual constituye la causa más frecuente de retraso en la rehabilitación de estos pacientes¹⁰.

Como antecedentes se citan los siguientes estudios:

Alarcón et al, (2002)¹¹ Analizaron las características epidemiológicas de las úlceras por presión en un Hospital de IV nivel. La gran mayoría de las úlceras por presión se presentaron en hombres. Se estableció que utilizando medidas y productos preventivos las UPP se pueden evitar en un 90%, Las principales

⁹ CARBALLO CARO. Juan Manuel, *et al*, Protocolo De Prevención Y Tratamiento De Las Úlceras Por Presión En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital General. HHUUVR

¹⁰ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Paquetes Instruccionales, Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud., Bogotá. D.C.: El Ministerio, 2002, 52 p

¹¹ ALARCON Z. D I. Características epidemiológicas de las úlceras por presión en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. 2002

patologías asociadas, son alteraciones neurológicas y enfermedades incapacitantes; evidenciando que la “alteración de la integridad de la piel” constituye el hallazgo de Enfermería más frecuente.

Barrientos, et al (2003)¹² realizaron un estudio sobre los efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud en Chile, con los siguientes resultados, número total de pacientes ingresados al protocolo de prevención de UPP, 107 individuos. Un 38,3% pertenecía a la Unidad de Recuperación Cardiovascular, 67 (63%) eran de sexo masculino, mientras que 40 (37%) de sexo femenino. El 98% de los pacientes que participaron, permanecieron con la piel indemne. Sólo 4 casos (2%) desarrollaron una úlcera por presión en estadio I. De los 107 pacientes en estudio, en 22 se cumplieron en su totalidad las tres principales medidas de prevención (cambios de posición cada dos horas, hidratación de la piel, lubricación de los puntos de apoyo).

Verdú Soriano, J. (2005)¹³ Determinó que las úlceras por presión en España afectan a 8,34% de usuarios del programa de atención domiciliaria de los centros urbanos y 14, 83% del área rural, más de 40% de las personas hospitalizadas sufren de esta lesión, representando en total, más de 60.000 personas con UPP diariamente. Registrándose en 13 años un total de 5.268 muertes de personas mayores de 65 años por esta causa, demostrando además que un protocolo que incluya intervenciones basadas en la evidencia y cuidados básicos para la prevención de UPP, es efectivo, eficaz y eficiente

Díaz et al (2005)¹⁴, Describieron la incidencia de las UPP en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), antes y después de la mejora de un protocolo de prevención, se concluyó que durante el primer período de estudio 938 (46,2%) pacientes con riesgo y 1765 en el segundo (43.1 %). Se declararon 60 UPP postingreso, todas ellas en pacientes declarados como en riesgo, 7 en el primer período y 53 durante el segundo período del estudio. Se logró concluir que la incidencia de UPP fue significativamente mayor en el segundo período, demostrando que las mejoras introducidas en el protocolo de prevención no produjeron una disminución de la incidencia de UPP. Es fundamental conocer el

¹²BARRIENTOS, Carolina, *et al*, Efectos de la Implementación de un protocolo de prevención de UPP en pacientes en estado crítico de salud. En: Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2005; Vol. 20, p. 12-20

¹³ VERDÚ S, José, Epidemiología prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Tesis Doctoral, Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2005

¹⁴DIAZ DE DURANA-SANTA COLOMA, Susana; AYLLON-GARRIDO, Nuria y LATORRE-GARCIA, Kepa. Evolución de la incidencia de las úlceras por presión tras la mejora de un protocolo de prevención en cuidados intensivos. En: GEROKOMOS [online]. 2008, vol.19, n.4, p. 55-60. ISSN 1134-928X.

grado de cumplimiento del registro y del protocolo para poder introducir aspectos de mejora.

Cañón, et al (2005)¹⁵ Aplicaron una guía de intervención de Enfermería para la prevención de las UPP en personas adultas hospitalizadas cuyos objetivos principales fueron: unificar conocimientos sobre las UPP y reconocer aspectos epidemiológicos con relación a las personas adultas con UPP logrando reconocer que la cantidad y duración de la presión son los factores primarios que contribuyen al desarrollo de la úlcera. Además consideraron que la aplicación de esta guía es un instrumento que resulta útil para determinar incidencia real a partir de registros, contrastar con la realidad las hipótesis sobre riesgos.

Argomaniz (2007)¹⁶ Realizó un estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los Hospitales de agudos generales de Osakidetza, estudio realizado en conjunto con la Universidad Complutense de Madrid, en donde su objetivo general fue analizar el grado de cumplimiento en la aplicación del Protocolo de úlceras por presión, para lo cual se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal; los resultados de la investigación están en proceso de publicación.

Lobo (2008)¹⁷ realizó un estudio sobre los factores de riesgo en el desarrollo de UPP y sus implicaciones en la calidad de vida de los usuarios que las padecen, donde determinó la contribución específica de cada factor de la escala de Braden en la predicción del desarrollo de úlceras, concluyendo que el nivel de dependencia de los ancianos es grave para 29,2% y 60% son moderadamente dependientes; la edad presenta una relación lineal con el grado de dependencia y el número de enfermedades crónicas está inversamente asociado al nivel de funcionalidad.

Bernal et al(2008)¹⁸ determinaron que los eventos adversos aumentan la morbimortalidad de los pacientes, generan mayores tiempos de estancia, mayores costos, desconfianza, stress tanto para quien lo recibe como para quien lo produce

¹⁵CAÑÓN ABUCHAR, Hilda María; ADARVE BALCAZAR, Marcela y CASTAÑO DUQUE, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>

¹⁶ARGOMANIZ, Juana. Estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales de Osakidetza. En: Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 767-782, 2009 ISSN: 1989-5305.

¹⁷ LOBO, Alexandrina. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. En: Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología., 2008; Vol.11 p:405-418

¹⁸BERNAL RUIZ, Diana C.y GARZÓN, Natalia. Eventos Adversos Durante La Atención De Enfermería En Unidades De Cuidados Intensivos. Trabajo de grado de Especialista en Cuidado Crítico. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Especialización En Cuidado Crítico. 2008. p: 155.

y deterioro del desarrollo profesional, por cuanto altera los aspectos técnico científicos, humanos y éticos bajo los cuales se desarrolla el ejercicio profesional y se precisa la prestación de un servicio, por esto la seguridad de los pacientes es un deber y una responsabilidad que constituye una prioridad y un indicador de calidad ante los que Enfermería no puede ser ajeno. La mayoría de eventos adversos son o pueden ser prevenibles. Los errores pueden evitarse si se diseñan sistemas que hagan que sea difícil equivocarse y fácil hacer las cosas bien.

Bautista et al (2009)¹⁹, estudiaron la prevalencia y factores asociados de las UPP en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Salud de III Nivel, concluyéndose: las úlceras por presión cuentan con una prevalencia de 18% en los servicios donde se desarrolló el estudio; variables sociodemográficas que caracterizan la muestra estudiada mostraron que un 96.7% de la población pertenecen al régimen contributivo de salud, el 94% de la muestra tiene algún grado de escolaridad y la estancia media fue de 8.7 días. 55.7% de los pacientes son de sexo masculino comparada con el sexo femenino (44.2%); la edad media fue de 55 años.

Cabrera et al, (2010)²⁰, desarrollaron un estudio sobre los eventos adversos de referencia para prestadores de servicios de salud relacionados con la atención de Enfermería en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Neiva, Hernando Moncaleano Perdomo, entre Julio y Septiembre del mismo año. Los resultados presentaron 20 eventos adversos relacionados con el Cuidado de Enfermería, las UPP en un 44%, Infección de vías urinarias asociada a sonda vesical (28%), flebitis en sitio de venopunción (22%), y relacionados con la medicación (6%).

Hernández Martínez, E. (2012)²¹ evaluó las guías de práctica clínica española sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales, concluyendo que el 41,7% de las Guías de práctica clínica Españolas sobre UPP son de calidad muy baja en cuanto a Rigor en la elaboración, de acuerdo al instrumento AGREE II las áreas de mayor calidad son las de “alcance y objetivos”, además demostró que

¹⁹BAUTISTA M. Ingrid E. y BOCANEGRA VARGAS, Laura A. Prevalencia y Factores Asociados de las Úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de III Nivel. Trabajo de grado Enfermeras. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería Clínica. 2009. p: 101.

²⁰CABRERA, Natalia *et al.* Eventos adversos de referencia para prestadores de servicios de salud relacionados con la atención de Enfermería en el servicio de medicina interna, Hospital Universitario Hernando Moncaleano. Trabajo de grado Enfermeras. Neiva, Huila. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud. Programa de Enfermería. 2010. p: 75.

²¹HERNANDEZ. Op. cit., p. 1-207

conocer y utilizar la GPC supone un mayor índice de conocimientos sobre prevención y tratamiento por parte del profesional de Enfermería. Por tanto se requiere de un esfuerzo mayor en cuanto al rigor en la elaboración de las GPC españolas sobre UPP, con mayor formación metodológica de sus productores, mejorando también su difusión y aplicabilidad.

Lo anteriormente expuesto y la elevada incidencia y prevalencia de las UPP en el servicio de Medicina Interna, permitió plantear la siguiente pregunta: **¿Cómo es la prevención y el manejo de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería según el protocolo establecido en el servicio de Medicina Interna, en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de la ciudad de Neiva?**

2. JUSTIFICACIÓN

Las úlceras por presión son un problema importante de salud que afecta a todo tipo de individuos en fase aguda o crónica de su enfermedad y por su historia natural es posible prevenirlas con intervenciones de Enfermería fundamentadas en una serie de cuidados que se centren en la persona y sus necesidades, basada en conocimientos técnicos y científicos estandarizados en guías y protocolos para la prevención y manejo de las mismas.

Al ser el profesional de Enfermería el principal responsable de la prevención y desarrollo de úlceras por presión y el personal de salud más afectado por las complicaciones de estas, debe propender por brindar un cuidado integral y responder a las necesidades de cuidado que el ser humano desde los inicios de la historia ha demandado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe (Sanhueza, 2001)²². Cuidar, es el resultado de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado (Orrego, 2001)²³.

Para Ortiz (2003)²⁴: "Cuidar es tratar de ayudar al ejercicio de la libertad, es crear un nuevo orden, un nuevo marco referencial, donde el sujeto vulnerable se reencuentre y sepa a qué atenerse, porque, en definitiva, dejarse cuidar es un acto de confianza". Collière (1997)²⁵ se refiere al concepto como: "Cuidar es ayudar a vivir, no se trata de un rol, no es una definición, ni es una regla de pensamiento que enseñe a las (os) enfermeras (os) cómo cuidar, sino del testimonio de que los cuidados de Enfermería se basan en las leyes que presiden la salud, con las que se confunden, ya que son, en realidad, de la misma naturaleza, están orientadas a los sanos y enfermos". Cuidado, según el Diccionario de la Real Academia Española [DRAE], (2004)²⁶, es la "solicitud y atención para hacer bien alguna cosa", lo que en definitiva expresa la intención y acción de hacer el bien.

Por eso, el ejercicio de la profesión de Enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento,

²² Sanhueza, O. El cuidado: Necesidad de investigar en Enfermería. Revista Ciencia y Enfermería, (2001). Vol. 7 (1): 13-22.

²³ Orrego Sierra S, Ortiz Zapata AC. Calidad del cuidado de Enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2001;19(2):78

²⁴ Ortiz, Z. (2003). Dimensión del servicio de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquía, Vol. XXI, N° 1,86-96.

²⁵ REYES LUNA, Juan; JARA CONCHA, Patricia, y MERINO ESCOBAR, José M. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. En: Revista Ciencia y enfermería. 2007. Vol.13, no.1 p.45-57.

²⁶ COLLIÈRE, M.F. Promover la vida, De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Madrid: Mc Graw-Hill Intera-mericana Editores S.A. 1993. p. 395.

²⁶ REYES LUNA, Juan; JARA CONCHA, Patricia, MERINO ESCOBAR, José M. Óp. cit. Pág 2

rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. Fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías.²⁷

La calidad en el cuidado de Enfermería está basada en lo que concierne la Ley 266 de 1996, en su artículo 2 y son:

Calidad: Orienta el cuidado de Enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de Enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de Enfermería que presta dicho servicio.

Continuidad: Orienta las dinámicas de organización del trabajo de Enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad.

En el artículo 2 también se enuncia: los principios éticos de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, los cuales encauzan la responsabilidad deontológica del profesional de la Enfermería en Colombia.²⁸

Por lo tanto, el rol que desempeña la Enfermería dentro del Sector Salud es de suma importancia debido a que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo, y en los casos de hospitalización, las 24 horas del día están bajo su custodia y su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

Por esto, es de vital importancia en el Cuidado de Enfermería evitar los eventos adversos, definidos según la Resolución 1446 del 2006, como “lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a ésta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del

²⁷ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (Enero 25 de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Bogotá, D.C., 1996. No. 42.710. p. 1-14.

²⁸ *Ibid.*, p. 23.

paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y al incremento de los costos de no calidad”.²⁹

Así mismo, la OMS utiliza la incidencia de úlceras por presión como unos de sus indicadores para evaluar la calidad asistencial,³⁰ la cual depende directamente de la eficiencia y eficacia del recurso de Enfermería. Es por eso que las intervenciones destinadas a prevenir su aparición o retardar su evolución han sido temas de interés de asociaciones, sociedades científicas y profesionales de la salud en el mundo y en Colombia, lo que se ve reflejado en la publicación de guías y protocolos para la prevención y tratamiento de las UPP, cuya intencionalidad ha sido estandarizar intervenciones o acciones de calidad que todo paciente en riesgo de desarrollar UPP debería recibir e igualmente estandarizar su manejo cuando ya se presentan.

Los protocolos de cuidado para los pacientes con riesgo de desarrollar UPP son aplicados en algunos escenarios clínicos, esto ha logrado importantes avances en el campo de la prevención de UPP; sin embargo se siguen presentando en un número significativo de pacientes con varios días de hospitalización siendo esta situación motivo de preocupación y a la vez de motivación para investigar acerca de los conocimientos que tiene el personal de Enfermería acerca de los protocolos de cuidado, las intervenciones que realiza y las condiciones laborales que podrían favorecer o limitar brindar estos cuidados.³¹

Por lo anterior, es favorable que los profesionales de Enfermería con base en los resultados se motiven y comprendan la importancia de vigilar continuamente y realizar investigaciones relacionadas con los factores que puedan llegar a desencadenar eventos adversos, además de identificar las falencias que se estén presentando en el cuidado directo e indirecto del paciente, con el fin de realizar acciones oportunas que aporten de manera determinante al crecimiento y al fortalecimiento de la profesión, que se caracterizaría por la prestación de una atención de calidad. También, se asumiría la importancia de promulgar que la vigilancia de eventos adversos no es propia de un solo agente, sino que es compromiso de todos, es decir, tanto del paciente, familiares, personal de salud, administrativos u otros actores que estén implicados indirectamente en el ciclo asistencial.³²

²⁹ CABRERA, Natalia *et al*, Op. cit., p. 15

³⁰ IZQUIERDO MORALES, Felicitas. Y. Óp. Cit. 70 p

³¹ JIMENEZ RODRIGUEZ, Cathery. Marjorie. y HINCAPIE SOTO, Gina, Lorena. Intervenciones y Contexto de Cuidado Para La Prevención De Úlceras Por Presión En Adultos Hospitalizados en Dos Instituciones de III Nivel de Atención en Bogotá. Trabajo de grado de enfermeras. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería Clínica. 2009. p. 60

³² CABRERA, Natalia. *et al*, Op. cit., p. 20

Dentro de la bibliografía revisada, relacionada con el tema, se encuentran múltiples estudios enfocados en el manejo de UPP, sin hallar alguno específico a nivel nacional, regional y/o local, en el que se haga mención a la evaluación de conocimientos, de la adherencia y adecuada aplicación de un protocolo establecido. Lo cual permite identificar otra posible causa en la aparición y desarrollo de la patología y a su vez permite también proponer otro posible factor de protección que contribuya a minimizar la ocurrencia y complicaciones propias de esta problemática.

Por lo anteriormente descrito la investigación es relevante por tratarse de una evaluación de la atención que el profesional de Enfermería brinda a los usuarios de un servicio de salud mediante la unificación de criterios y disminución de la variabilidad en las intervenciones clínicas por medio de la implementación de protocolos adecuados para cada tipo de patología o posible consecuencia de las mismas, además la implementación de protocolos actualizados, acordes a cada servicio y teniendo en cuenta las características de los usuarios que se atienden en él; pueden contribuir positivamente en la recuperación del estado de bienestar físico y psicológico del individuo y su grupo de cuidadores.

Por lo tanto, este estudio cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para alcanzar los objetivos propuestos, en donde se dispone de un asesor idóneo para realizar las orientaciones pertinentes, un campo de acción de disponibilidad completa gracias al convenio docente asistencial entre La Universidad y el Hospital, con permanente accesibilidad a información y evidencias de los procesos que se llevan a cabo en el mismo y un grupo de investigadores dotados en actitudes y aptitudes óptimas para la ejecución de la investigación.

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la prevención y manejo de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería según el protocolo establecido en el servicio de Medicina Interna, en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de Neiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el número de usuarios con alteraciones de la movilidad que ingresan en el servicio, sus edades, principales patologías y factores de riesgo.
- Describir las características sociodemográficas del personal de Enfermería que labora en el servicio.
- Determinar la adherencia y cumplimiento del protocolo de prevención y manejo de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería.
- Conocer el grado de calidad y actualización del protocolo actual de prevención y manejo de úlceras por presión.

4.DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Protocolo: Documento organizado referente a un tema biomédico determinado que hace posible formular una pauta de actuación única, consensuada entre los profesionales que lo utilizarán, que permita además, evaluar los resultados con el fin de mejorar la calidad de atención a los pacientes.³³

Úlcera por presión: Lesión producida por presión, cizallamiento o fricción, o una combinación de las tres fuerzas, sobre la piel y tejidos cuando se permanece en una misma posición de forma prolongada y constante durante un período de tiempo.

Evaluación: Proceso dinámico a través del cual, se puede conocer los rendimientos, logros y flaquezas y así reorientar propuestas o bien focalizarse en aquellos resultados positivos para hacerlos aún más rendidores.³⁴

Prevención: Prácticas específicas para evitar el desarrollo o evolución de una entidad patológica en individuos o poblaciones susceptibles.

Tratamiento: Conjunto de métodos, técnicas, dispositivos o sustancias que facilitarán y acelerarán el proceso de recuperación de la salud.

Adherencia: Grado de acatamiento de las recomendaciones preventivas y de tratamiento por parte del personal asistencial, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención.

Cumplimiento: Grado de ejecución de las recomendaciones preventivas y de tratamiento por parte del personal asistencial, de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención

³³Servicio de salud de Castilla y León Sacyl, Fisioterapeutas, Personal Estatuario. Temario Volumen II

³⁴ Definición ABC En: <http://www.definicionabc.com/general/evaluacion.php>

5.MARCO TEÓRICO

Las heridas crónicas (HC) y, en particular, las úlceras por presión (UPP) han sido patologías que han carecido de interés para los profesionales y han estado asumidas como situaciones normales e irremediables por la sociedad, calificativos estos que favorecieron un estado de aletargamiento en el desarrollo de estudios e investigaciones en este campo. En la actualidad, el interés por estas lesiones ha ido en aumento, no sólo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también, dirigido hacia la prevención de las mismas, ya que se estima que hasta al 95% de las UPP son evitables.³⁵

El deterioro de la integridad cutánea y tisular de un paciente se puede presentar tanto si se encuentra en instituciones cerradas como en el ámbito domiciliario, siendo responsable de un agravamiento del pronóstico, de una disminución de la esperanza de vida y de un deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen. Las UPP exigen una atención directa y diaria para evitar su aparición y/o conseguir su curación, así como la dedicación de los cuidadores. Estas actuaciones terapéuticas elevan considerablemente las cargas asistenciales y generan un aumento de los costes, tanto directos como indirectos. La Organización Mundial de la Salud las considera como un indicador de la calidad asistencial.³⁶

5.1 DEFINICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

A finales del año 2009 las dos sociedades más importantes, la NPUAP, Norteamericana y la EPUAP Europea, con la intención de establecer guías internacionales de manejo de estas lesiones, han recomendado la nueva definición internacional: "Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con la cizalla."³⁷

³⁵ GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003

³⁶ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: Prevención Y Tratamiento De Úlceras Por Presión Y Otras Heridas Crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria Sanitat.2008

³⁷ EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EPUAP Y NPUAP. Op. cit., 5. p.

5.2 ETIOLOGIA Y MECANISMOS QUE ALTERAN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

Los mecanismos implicados en el desarrollo de una UPP son básicamente tres 1.Presión, 2.Fricción y 3.Maceración; entendiéndose presión como una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión ejercida necesaria para ocluir el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos es como mínimo 32 mmHg, provocando así una hipoxia que si no se alivia desembocara en una necrosis de los tejidos implicados.³⁸

La fricción se presenta como una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimiento o arrastre, mientras la maceración es provocada por el exceso de humedad, generado por incontinencia fecal o urinaria, sudoración profusa o mal secado de la piel tras el lavado, entre otros, produciendo un deterioro de la integridad de la piel, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

Existe también otro tipo de fuerza que combina los efectos de la presión y la fricción, se conoce como fuerza externa de pinzamiento vascular y ocurre principalmente cuando el paciente se encuentra en posición de Fowler, produciendo un deslizamiento del cuerpo hacia abajo, actuando no solo con uno, sino con dos mecanismos de lesión en contra de la integridad tegumentaria³⁹.

Pero estos no son los únicos factores de riesgo implicados en la aparición de UPP, también se relacionan otros igual de relevantes a la hora de determinar el grado de compromiso del paciente: la edad avanzada (más de 75 años) acarrea una pérdida de elasticidad de la piel, lo que puede derivar en lesiones cutáneas; los trastornos del transporte de oxígeno por patologías cardiovasculares, respiratorias y hematológicas junto con complicaciones como la edematización periférica o la anasarca también se cuentan como patologías que desfavorecen la integridad cutánea.⁴⁰

Las alteraciones nutricionales por exceso o por defecto y metabólicas más trastornos inmunológicos (neoplasias, infecciones), neurológicos (lesión medular, paresias, enfermedades cerebrovasculares (ictus), lesiones medulares), alteraciones del estado de conciencia (Coma, estupor, confusión), alteraciones de la eliminación (incontinencia fecal y/o urinaria) inmovilidad por dolor, fatiga o

³⁸ CARBALLO C. Op. cit., p. 6.

³⁹ Ibid., p. 6

⁴⁰ Ibid., p. 6

estrés, son otros factores inherentes a determinados procesos patológicos que ayudan a crear ambientes óptimos para el inicio de la hipoxia tisular⁴¹.

Aunque en muchas ocasiones el desarrollo de una úlcera no solo se deriva del proceso patológico, también se puede deber a factores iatrogénicos como lo pueden ser los tratamientos con inmunosupresores, sedantes, fármacos vasoactivos o cirugías de larga duración que junto con factores situacionales y del entorno del paciente como lo pueden ser la falta de higiene o de conocimientos, el uso inadecuado de materiales de prevención y tratamiento, e inclusive la falta de formación de los profesionales o la sobrecarga de trabajo de los mismos van a permitir el desarrollo evitable, en casi todos los casos, de las UPP.⁴²

5.3 LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS UPP

Habiendo enunciado las principales causas en la aparición de UPP, a continuación se relacionan las principales localizaciones de las mismas, lo cual se logró demostrar en España durante la realización del primer estudio Nacional de prevalencia de úlceras por presión en el país ibérico, arrojando como resultados los siguientes:

- Sacro ⁴³: 50,45%
- Talón: 19,26%
- Trocánter: 7,64%
- Glúteo: 4,58%
- Maléolo: 3,36%
- Occipital: 3,36%

⁴¹Ibíd., p. 6

⁴²Ibíd., p. 6.

⁴³Ibíd., p. 7

5.4 CLASIFICACIÓN DE LAS UPP

Una úlcera por presión al considerarse un proceso patológico cuenta con una serie de categorías que las clasifican de la siguiente manera⁴⁴:

CATEGORIA I: Piel intacta con enrojecimiento no blanqueante de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea. La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible: su color puede diferir de la piel de los alrededores. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas “en riesgo”.

CATEGORIA II: La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo- rosado, sin esfacelos. También puede presentarse como una flictena o blaster intacta llena de suero o suero ser-sanguinolento, o abierta/rota. Se presenta como una úlcera superficial, brillante o seca sin esfacelos o hematomas (el hematoma indicaría lesión de los tejidos profundos). Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o escoriación.

CATEGORIA III: Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Los esfacelos pueden estar presentes pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

La profundidad de la úlcera por presión de categoría / ESTADIO III, varía según la localización anatómica. El puente de la nariz, el occipital, el maléolo no tiene tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de CATEGORIA / Estadio III pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de CATEGORÍA /ESTADIO III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles ni directamente palpables.

CATEGORIA IV: puede extenderse a músculo y o estructura de soporte (por ejemplo la sacia, el tendón o capsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis. El hueso/musculo expuesto es visible o directamente palpable.

⁴⁴ GNEAUPP. GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Clasificación Estadía de las úlceras por presión. Logroño. [Internet] 2003. En: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/4_pdf.pdf

Ahora bien, con el fin de lograr una prevención acertada y evitar complicaciones mayores que aumenten el estrés fisiológico y psicológico del paciente se han creado unas herramientas para valoración de los factores de riesgos que conllevan al desarrollo úlceras por presión.

5.5 HERRAMIENTAS PARA VALORACIÓN DEL RIESGO

La identificación de los pacientes que potencialmente pueden padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo de ulceración es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención⁴⁵

Una escala de valoración del riesgo de UPP es una herramienta de cribaje diseñada para ayudar a identificar a los pacientes que pueden desarrollar una UPP⁴⁶.

Las escalas de valoración del riesgo de presentar úlceras por presión (EVRUPP) constituyen un instrumento objetivo para valorar y poder tomar decisiones, estando por encima del propio juicio clínico. Su uso sistemático aumentará la calidad de los cuidados que se presta al enfermo⁴⁷.

Como norma general se deberá considerar a todos los pacientes que ingresan en las unidades, como en riesgo para padecer úlcera por presión, procediendo a confirmar o descartar este riesgo con la aplicación de una EVRUPP. La valoración ha de realizarse inmediatamente al ingreso, y de forma periódica durante su estancia.⁴⁸ Si el paciente no tiene riesgo, reevaluar semanalmente y especialmente si sufre intervención quirúrgica mayor a 10 horas, isquemia por cualquier causa, hipotensión, disminución de la movilidad, anemia, pruebas diagnósticas que requieran reposo durante al menos 24 horas o cambio en las condiciones del estado del paciente y su entorno.⁴⁹

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁵⁰ indica que las escalas son un complemento al juicio clínico y no deben usarse de manera aislada, por lo que a pesar de determinar un riesgo bajo, nuestra experiencia nos lo indica, deberán considerarse como de riesgo. Es preferible aplicar medidas de prevención a algún paciente sin riesgo que luego curar una úlcera ya que los costes son mayores.

⁴⁵ ROLDÁN VALENZUELA, Andrés. Úlceras.net. Entidad propietaria del sitio web: ulceras.net. Escalas de valoración de riesgo de UPP. Consultado el 2 de septiembre del 2011. En: www.ulceras.net.

⁴⁶ *Ibíd.*, p. 1

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 1

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 1

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 1

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 1

5.6 ESCALAS DE VALORACION DE RIESGO

La adopción de una escala por parte de los profesionales se basará en una valoración y argumentación científica que tenga en cuenta, los requisitos que debe exigirse a una EVRUPP ideal, estos son⁵¹:

- Sensibilidad, concepto que define sus características para identificar adecuadamente a los pacientes que tienen la enfermedad entre todos los que tienen riesgo⁵².
- Especificidad, que definirá si identifica a los pacientes que no tienen la enfermedad entre los que no tienen riesgo⁵³.
- Valor predictivo, definido de forma positivo, en cuántos pacientes detectados con riesgo entre el total que las desarrollan y como negativo, en cuántos pacientes sin UPP, que fueron definidos como sin riesgo entre el total de lo que las han desarrollado.⁵⁴

Actualmente existen varias escalas de valoración del riesgo, sin embargo las escalas Norton y Braden son las más utilizadas por su capacidad de cuantificar la magnitud de riesgo. Algunas escalas son⁵⁵:

- Escala de Norton
- Escala de Braden
- Escala de Arnell
- Escala Nova 5
- Escala Emina
- Escala de Waterlow

⁵¹ Ibid., p. 1

⁵² Ibid., p. 1

⁵³ Ibid., p. 1

⁵⁴ Ibid., p. 1

⁵⁵ Ibid., p. 1

ESCALA DE NORTON⁵⁶

| ESTADO GENERAL | ESTADO MENTAL | ACTIVIDAD | MOVILIDAD | INCONTINENCIA |
|-----------------------|----------------------|------------------|------------------|-----------------------|
| 4.BUENO | 4.ALERTA | 4.CAMINANDO | 4.TOTAL | 4.NINGUNA |
| 3.DEBIL | 3.APÁTICO | 3 CON AYUDA | 3.DISMINUIDA | 3.OCASIONAL |
| 2.MALO | 2.CONFUSO | 2.SENTADO | 2.MUY LIMITADA | 2.URINARIA |
| 1.MUY MALO | 1.ESTUPOROSO | 1.EN CAMA | 1.INMOVIL | 1.DOBLE INCONTINENCIA |

Índice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM⁵⁷

| | Percepción sensorial | Exposición a la humedad | Actividad | Movilidad | Nutrición | Riesgo de lesiones cutáneas |
|---|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | Completamente limitada | Constantemente húmeda | Encamado | Completamente inmóvil | Muy pobre | Problema |
| 2 | Muy limitada | Húmeda con frecuencia | En silla | Muy limitada | Probablemente inadecuada | Problema potencial |
| 3 | Ligeramente limitada | Ocasionalmente húmeda | Deambula ocasionalmente | Ligeramente limitada | Adecuada | No existe problema aparente |
| 4 | Sin limitaciones | Raramente húmeda | Deambula frecuentemente | Sin limitaciones | Excelente | |

BRADEN-BERGSTROM <13 = alto riesgo

BRADEN-BERGSTROM 13-14 = riesgo moderado

BRADEN-BERGSTROM >14 = bajo riesgo

⁵⁶ Ibid., p. 1

⁵⁷ Ibid., p. 1

5.7 VALORACION DEL ENTORNO DE CUIDADO, PREVENCIÓN

Dentro del cuidado integral que el profesional de Enfermería se encuentra en capacidad de brindar, debe realizar una valoración del entorno de cuidado y esto incluye:

*Observar dificultades en la comunicación; signos reales de que la persona tiene dificultad para enviar y recibir mensajes, tartamudeo, balbuceo, disartria, respuesta emocional inadecuada, falta de interés en la comunicación*⁵⁸.

*Observar la preparación para asumir el cuidado.*⁵⁹

- La persona (o la familia) dice que es capaz de manejar su problema y sabe cómo hacerlo
- La persona o miembros de la familia tienen información suficiente.
- Comprende las causas y los efectos.
- Sabe dónde puede obtener conocimiento adicional si es necesario
- La persona (o la familia) demuestra la capacidad para manejar el problema ejecutar la tarea:
- La persona o familia realiza los tratamientos y procedimientos prescritos.
- Los métodos se realizan según lo prescrito y se demuestra correctamente.
- La competencia para el cuidado se determinará por rendimiento y será la enfermera responsable de la persona.

⁵⁸ HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Protocolo De Cuidados En Úlceras Por Presión., Área de Enfermería; Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Córdoba. Argentina. 2000. p: 46.

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 19

*Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento; así como baño local cuando*⁶⁰:

- Si se observa un área corporal húmeda, el paciente puede presentar comportamientos como llanto, permanecer con las piernas separadas, quitarse la ropa, girarse y permanecer en un lado de la cama. La piel puede estar enrojecida y fisurada o presentar un exantema rojizo.
- El paciente refiera molestias por humedad ropa de vestir o cama húmedas o frías, escalofríos.
-
- Al realizar la higiene: Eliminar pomadas y polvos.
- Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene
- Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues.
- Aplicar vaselina (para proteger contra el daño enzimático por la saliva, diarrea, drenaje de fístula) tras la higiene diaria o baño local en zonas potencialmente húmedas.
- Lubricar la piel con aceite de almendras tras el baño, utilizar compuesto lipídico tópico en zonas de riesgo.
- Masajear muy suavemente con el aceite de almendras tras la higiene. No masajear áreas rojas/eritemas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Proporcionar ropa limpia (si presenta molestias por humedad).
- Si el paciente presenta incontinencia:
 1. Aplicar sonda urinaria externa o colocar una bolsa de recogida en el periné.
 2. Proteger con pañales absorbentes.
 3. Cambiar inmediatamente el pañal húmedo.
- Prevenir y aliviar la presión y el rozamiento con los materiales con que cuenta el hospital: almohadas, piel de oveja, colchones, etc. Use una superficie estática si el paciente puede asumir varias posiciones sin apoyar su peso sobre la úlcera por presión, o una superficie dinámica de apoyo, colchones de aire alternante para

⁶⁰Ibíd., p. 21

enfermos de medio y alto riesgo, si es incapaz de asumir varias posiciones sin que su peso recaiga sobre la úlcera/s.

- Colocar apósitos hidrocoloides transparentes/extrafinos en puntos de fricción
- Colocar almohadas (para reducir la presión)

*Vigilar sondas, vías centrales, drenajes y vendajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.*⁶¹

- Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche (según procedimiento de movilización del paciente).

- Levantar al sillón siempre que el estado del paciente lo permita. Cuando se ha formado una úlcera sobre las superficies de asiento, deberá evitarse que permanezca sentado. Si precisara levantar al sillón por otras consideraciones de su patología procurar un dispositivo de alivio. Nunca utilizar dispositivos tipo flotador o anillo.

- Observar y anotar la ingesta de alimentos y líquidos. Registrar las cantidades y las clases de alimentos sólidos, semisólidos y líquidos que el paciente toma cada 24 h.

- Asegurar una hidratación adecuada del enfermo (aporte hídrico: 30cc. De agua/día x Kg de peso).

- Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras, considerar que las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas)⁶².

5.8 TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

El destino al cual no se desea llegar es al tratamiento de las UPP, pero cuando las medidas de prevención no satisficieron las necesidades de cuidado esta es la última salida para manejar las complicaciones, sin afirmar con esto que las

⁶¹ Ibíd., p. 21.

⁶² Ibíd., p. 22

medidas paliativas ya no sean benéficas, pues aun en estadios avanzados continúan siendo pertinentes para evitar mayores traumatismos en el usuario y su estado de salud. Por lo tanto las siguientes medidas continúan siendo de gran utilidad en el tratamiento de las UPP.

- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - la proporcionada por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos
- Proteger la zona perilesional con un preparado a base de zinc.
- El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 – 4 cm los bordes de la misma.

*El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión.*⁶³

*Si son lesiones de grado I:*⁶⁴ Aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/ extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión.

*Si son lesiones de grado II:*⁶⁵ Aplicar apósitos hidrocoloides en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes. En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.

⁶³ Ibid., p. 25.

⁶⁴ Ibid., p. 25.

⁶⁵ Ibid., p. 25.

*En lesiones de grado III y IV:*⁶⁶ Si la úlcera está limpia o tuviera esfacelos pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador en placa. Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelos utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados⁶⁷:

1. Desbridamiento quirúrgico: Recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre empezando por el área central - salvo en el desbridamiento radical en quirófano -. Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.). Si sangrara aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.
2. Desbridamiento enzimático: Aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa; Aumentando el nivel de humedad con suero fisiológico. No utilizar como método único si ya existe placa necrótica seca. No asociar a hidrocoloides/ hidrorreguladores.
3. Desbridamiento autolítico: Aplicar cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda. Para evitar que se formen abscesos o “se cierre en falso” la lesión, será necesario rellenar parcialmente - entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda, además de la placa superficial.

Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener la secreción cargada de gérmenes (fase de limpieza). Así mismo, crean un equilibrio dinámico que se caracteriza por un ambiente húmedo estable en la herida y que aporta las condiciones ideales para la granulación y la epitelización.^[68]

Los apósitos basados en cura húmeda son⁶⁹:

- Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 26

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 25.

⁶⁸ *Ibíd.*, p. 25.

⁶⁹ *Ibíd.*, p. 25.

- Hidrogeles en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados) y de rápida acción desbridante.
- Alginatos (El Alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado). Hidrofibra de hidrocoloide.

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinada por el nivel de exudado. Si estamos utilizando el apósito correcto, según el nivel de exudado, realizar los cambios según las características del apósito. Si existen fugas con el apósito seleccionado, es signo de que éste debía haber sido cambiado por un apósito de mayor poder absorbente⁷⁰.

Un apósito hidrocoloide se cambiará cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxima a 1,5 o 1 cm del borde del apósito. Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento; Utilizaremos apósitos de alginato cálcico o de hidrofibra. Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana, o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas - sulfadiazina argéntica -. Si al cabo de las dos semanas continuara con infección realizar cultivo.⁷¹

Por lo tanto la estandarización de actividades e intervenciones en las UPP al igual que en todas las patologías es fundamental para evitar la realización de procedimientos que puedan aumentar los factores de riesgo y poder “hablar el mismo idioma” con profesionales de otras disciplinas, facilitando el trabajo interdisciplinario, disminuyendo los tiempos de respuesta y recuperación del organismo, estableciendo un nivel de calidad asistencial, racionalizando los tratamientos y favoreciendo la investigación.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 27

⁷¹ *Ibid.*, p. 27

5.9 PROTOCOLO CLINICO

De acuerdo a lo anteriormente planteado un protocolo clínico podría definirse como el conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o problema de salud. Estos protocolos surgen ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial.

Últimamente se ha propuesto el término de guía de práctica clínica (GPC) para englobar los protocolos de actuación clínica y algoritmos de decisión. Estas GPC son conjuntos de recomendaciones que ayudan a los profesionales a tomar decisiones sobre cuál es la asistencia más apropiada en circunstancias clínicas específicas.⁷²

En definitiva, un protocolo no es más que una construcción de forma organizada acerca de un tema determinado que nos hace posible formular una pauta de actuación única, consensuada entre los profesionales que la van a usar, fácil y eficaz en cuanto a metodología y capaz de crear un registro de datos para poder evaluar los resultados con el fin de mejorar la calidad de atención a los pacientes⁷³.

Existen tres tipos de protocolos:

- Protocolos de control y tratamiento
- Protocolos de diagnóstico
- Protocolos de investigación

⁷²CHIVATO, T. Calidad y protocolos clínicos; Alergol Inmunol Clin 2003; 18:117-118. [En](http://revista.seaic.es/junio2003/117-118.pdf)

⁷³SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN SACYL, Óp. Cit., p. 5

1. Protocolos de control y tratamiento: Son los protocolos desarrollados en atención primaria y determinan las pautas terapéuticas y de control de determinadas enfermedades diagnosticadas.

2. Protocolo de diagnóstico: Determinan la forma gradual las exploraciones a seguir ante un determinado síntoma o síndrome en el que, según los resultados del paso anterior, se nos pone de manifiesto la conducta a poner en marcha hasta alcanzar el diagnóstico cierto, a derivar al paciente a otro tipo de asistencia o a verificar que no hay patología.

3. Protocolos de investigación: este tipo de protocolos se refiere a un resumen escrito de un proyecto con sus objetivos, métodos, población dicha, tipo de muestreo, análisis de los datos y cuestionario de recogida de datos.

En resumen, responden a ¿qué hacer? Detallarían qué decisión tomar y cómo hay que seguir los procedimientos en una situación determinada. Es la norma a alcanzar por consenso, según los recursos del centro donde se va a aplicar.⁷⁴

En general los protocolos se componen de⁷⁵:

1. Denominación. Problema a tratar.
2. Índice. Paginado
3. Definición del problema (¿qué es? y ¿en qué consiste?).
4. Definición de la población diana (¿a quién se va a incluir?), así como criterios de inclusión y exclusión.
5. Definición de la actividad a realizar (¿qué es lo que se va a hacer?).
6. Recogida de información:
 - Datos subjetivos (¿qué información hay que recoger del paciente?).
 - Datos objetivos (¿qué es lo que hay que mirar en el paciente?).
7. Plan de actuación (¿qué hacer? y ¿qué es lo que nunca hay que hacer?).
 - Diagnóstico.

⁷⁴GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Normas para la acreditación de documentos clínicos. (Procedimientos, protocolos, manuales, guías de práctica clínica y otros). Cádiz, España. p: 8.

⁷⁵ Ibíd., p. 3

- Terapéutico.
- Seguimiento.
- Recomendaciones al paciente y familiares.

8.Recursos necesarios.

9. Organización y funcionamiento (¿a quién va dirigido?: profesionales y población; ¿quién ejecuta el protocolo?: tipo de profesional; ¿cómo se tiene que ejecutar?: normas organizativas y procedimientos de actuación; ¿dónde se tiene que ejecutar?; ¿cuándo hay que realizar esta actividad?).

10.Sistema de registro. Variables o datos mínimos a recoger y cómo hacerlo. Debe incluir el modelo de registro de los datos.

11.Evaluación del protocolo. (¿Quién realiza la evaluación?, ¿qué datos y elementos vamos a evaluar?, ¿cómo se recogen y evalúan los datos?, ¿cada cuánto tiempo?).

12.Bibliografía: del protocolo y básica para ampliar conocimientos.

13. Anexos. Si son necesarios.

Un protocolo clínico debe ser congruente con la realidad científica que se vive no solo a nivel regional o nacional sino también internacional, por lo tanto es fundamental que sus referencias bibliográficas se estén actualizando frecuentemente, verificando la efectividad en las terapias que se ponen a disposición de los pacientes que logran cumplir los ítems necesarios para aplicárseles un protocolo de este tipo. Y esta efectividad solo es posible establecerla con evaluaciones periódicas y objetivas que demuestren resultados benéficos en la prevención y manejo de las UPP.

Entre las características deseables que deben exigirse a un protocolo podemos destacar las siguientes⁷⁶:

- Validez:** las recomendaciones propuestas son fruto de una revisión rigurosa de la evidencia científica y su aplicación consigue los resultados clínicos esperados (mejora sanitaria/coste).

⁷⁶MARTÍN MUÑOZ P yRUIZ-CANELA J. Guías de práctica clínica (I): conceptos básicos. Evid Pediatr. 2008;4:61

- **Fiabilidad:** utilizando la misma metodología de elaboración e igual evidencia científica, otros grupos de profesionales establece las mismas recomendaciones.
- **Reproductibilidad:** diferentes profesionales sanitarios las aplican de igual forma en contextos clínicos diferentes.
- **Flexibilidad:** quedan reflejadas todas las alternativas de manejo posible y razonable. Se identifican claramente las situaciones en las que las recomendaciones no se pueden aplicar de forma total o parcial.
- **Aplicabilidad:** adecuación al contexto clínico y a las poblaciones definidas en la evidencia científica analizada. Las recomendaciones pueden llevarse a la práctica en nuestro ámbito, teniendo en cuenta la estructura sanitaria y los recursos disponibles.
- **Claridad:** lenguaje asequible y formato adecuado al perfil de los usuarios potenciales. Precisión en los términos.
- **Multidisciplinariedad:** en el proceso de elaboración participan todos los grupos implicados en el tema objeto de la guía (médicos de Atención Primaria y/o Asistencia Especializada, Enfermería, otros trabajadores sanitarios o no sanitarios, pacientes, organizaciones sanitarias).
- **Metodología explícita:** refleja claramente las personas que han intervenido en la elaboración, así como los métodos empleados en la identificación de las evidencias y la elaboración de las recomendaciones.
- **Actualización-revisión programada:** aporta las últimas novedades y se incluye un calendario que garantiza la evaluación periódica de sus recomendaciones.
- **Independencia:** no existen conflictos de intereses.

5.10 EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

Así, se denomina evaluación al proceso dinámico a través del cual, se puede conocer los rendimientos, logros y flaquezas y así reorientar propuestas o bien focalizarse en aquellos resultados positivos para hacerlos aún más rendidores.⁷⁷

⁷⁷ DEFINICIÓN ABC. Óp. Cit. P. 1

La planificación previa de rutinas de evaluación de todo protocolo clínico es un elemento fundamental para poder controlar su calidad. Para ello deben definirse criterios, indicadores y sistemática de evaluación⁷⁸.

Serán criterios los elementos en que podemos desglosar la actividad que se pretende medir. Estos pueden ser de estructura (dotación necesaria), de proceso (procedimientos intermedios necesarios) o de resultado (circunstancia final que expresa el éxito o fracaso del protocolo). Deben seleccionarse no más de 5 o 6 criterios para poder explorar la cobertura, cumplimiento y efectividad del protocolo. Estos criterios pueden elegirse a partir de objetivos estándar (ideales) u objetivos empíricos (basados en la práctica real), y ser planteados a priori o bien a posteriori por consenso de expertos.⁷⁹

Los indicadores son la expresión o fórmula concreta que van a dar valor numérico medible a cada uno de los criterios una vez aplicados a la práctica asistencial. Debería existir al menos un indicador por criterio, pudiendo corresponder a los distintos tipos de criterios. Se conocen como indicadores “centinela” a aquellos que monitorizan la aparición de determinados acontecimientos adversos. Los estándares representan el punto de corte del valor del indicador a partir del cual se considera cumplido del criterio. Es especialmente importante que se definan a priori los estándares de calidad y a ser posible que se correspondan con criterios e indicadores documentados bibliográficamente.⁸⁰

Para llevar a cabo la evaluación del protocolo debe plantearse el tipo de estudio en que se van a cuantificar los indicadores de calidad. Se trata habitualmente de estudios descriptivos sobre muestra o población entera, en un punto de corte concreto o estableciendo sistemas de registro mantenidos con evaluación periódica. Es conveniente que todo protocolo este sujeto a modificaciones periódicas, guiadas de ser posible por los resultados de los estudios de evaluación.⁸¹

⁷⁸OCHOA Carlos. Diseño y evaluación de protocolos clínicos. Nuevo Hospital 2002. Vol II. Nº5. 1-21.

⁷⁹Ibíd., p.23

⁸⁰Ibíd., p.23

⁸¹Ibíd., p.23.

5.11 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, H.U.H.M.P.

El hospital universitario cuenta en la actualidad con un manual de procedimientos que se encuentra en la estación de Enfermería de cada servicio clínico, en este manual se referencian las intervenciones propias del personal de Enfermería, tanto jefes como auxiliares.

En la revisión de este manual se encontró que en los capítulos 13. “Atención de Enfermería en el cambio de posiciones” y 15. “Atención de Enfermería para prevenir úlceras por decúbito” se hace mención a la prevención y manejo de las UPP, cada capítulo cuenta con una definición del proceso del que se hace mención, los objetivos, consideraciones preliminares, descripción del proceso y responsables del mismo.

En este manual se utiliza el término “úlceras por decúbito” para referirse a la muerte tisular originada por la mala perfusión de oxígeno y nutrientes, debido a la presión continua sin importar la intensidad.

Los objetivos principales son eliminar o disminuir la presión en áreas determinadas, evitar lesiones de la piel, favorecer la irrigación y mantener seca la piel además de dar comodidad y seguridad al usuario, estos objetivos buscan evitar la aparición de úlceras de acuerdo a la clasificación que maneja el hospital:

Grado I: Compromiso de epidermis y dermis superficial, cierra por epitelización.

Grado II: Daño de epidermis y dermis llegando a tejido celular subcutáneo, puede epitelizar.

Grado III: Daño total de la piel, compromiso del tejido celular subcutáneo y musculo, con presencia de tejido necrótico.

Grado IV: Total destrucción de tejidos, presencia de tejido necrótico que forma engrosamiento debajo de la dermis, agrietando y profundizando la úlcera, no hay dolor.

Se cita como único responsable de la realización de curaciones al personal auxiliar, mientras para las demás actividades inherentes a la prevención y manejo de UPP (Realizar cambios de posición, masajes, educación al usuario y familia, cambios de pañal, registros.) la responsabilidad ética y administrativa es compartida en conjunto entre enfermeros y auxiliares de Enfermería.⁸²

⁸²HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, Manual de procedimientos de Enfermería.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Para responder a la pregunta de investigación se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de tipo cuantitativo.

Según Hernández Sampieri (2006)⁸³ los estudios descriptivos miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar ya que se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, fue de corte transversal ya que permitió describir las variables, analizando la interrelación de las mismas en un tiempo determinado y de carácter cuantitativo porque mediante instrumentos de evaluación se determinaron características específicas con los cuales se obtuvieron resultados cuantificables.

6.2 POBLACIÓN

Estuvo constituida por un total de 25 individuos, de los cuales 4 de ellos son enfermeros profesionales y 21 son auxiliares de Enfermería; Se incluyó el total de la población

6.2.1 Criterios de inclusión:

Tiempo de trabajo en el servicio igual o mayor a 4 meses. Personal profesional o auxiliar que se encontró vinculado como trabajador en el servicio de medicina interna 6 piso del H.U.H.M.P.

6.3 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó una matriz de datos en Excel, los cuales se procesaron en el programa IBM Statistical Package for the Social

⁸³HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, et al, Metodología de la Investigación, McGraw-Hill Interamericana. Cuarta edición, Capítulo 7.

Sciences (SPSS 19.0.0.), aplicando estadística descriptiva, inferencial, y medidas de tendencia central.

6.4 INSTRUMENTOS

La recolección de información se realizó mediante tres instrumentos, el primero fue una encuesta autodiligenciada elaborada por los autores de la investigación, dirigida al personal profesional y auxiliar de Enfermería en donde se caracterizó demográficamente la población, y el contexto en que se brinda el cuidado de Enfermería para el manejo y la prevención de úlceras por presión, además de identificar el nivel de conocimiento y aplicación del protocolo establecido.

Se utilizó una encuesta tipo Likert a través del Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica AGREE II el cual se desarrolló para examinar el tema de la variabilidad en la calidad de las guías. Con este objetivo, el Instrumento AGREE II es una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía.

El objetivo del AGREE II es ofrecer un marco para:

1. Evaluar la calidad de las guías.
2. Proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías.
3. Establecer qué información y cómo debe ser presentada en las guías⁸⁴

El Instrumento AGREE original fue publicado en 2003 por un grupo internacional de investigadores y elaboradores de guías, la Colaboración AGREE⁸⁵. El objetivo de la Colaboración fue desarrollar una herramienta para evaluar la calidad de las guías, en este se definió la calidad de las guías como la confianza en que los sesgos potenciales del desarrollo de guías han sido resueltos de forma adecuada y en que las recomendaciones son válidas tanto interna como externamente y son aplicables a la práctica. La evaluación incluye juicios acerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su adopción.

El resultado del esfuerzo de la Colaboración fue el Instrumento AGREE original, una herramienta de 23 ítems incluidos en 6 dominios de calidad. En 2009 se realiza una revisión y posterior modificación de algunos ítems, garantizando la actualización del instrumento y con ello resultados más objetivos, como resultado

⁸⁴ AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. El Instrumento AGREE II Versión electrónica. 2009. Consultado «11, septiembre, 2012», de <http://www.agreerust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>

⁸⁵ *Ibíd.*, p.56

se creó el AGREE II que cuenta con la misma cantidad de ítems incluidos de igual forma en 6 dominios de calidad, para cada uno de los seis dominios del AGREE II se calcula una puntuación. Las puntuaciones de los seis dominios son independientes y no deben ser agregadas en una única puntuación de calidad⁸⁶. Las puntuaciones de los dominios se calculan sumando todos los puntos de los ítems individuales del dominio y estandarizando el total, como un porcentaje sobre la máxima puntuación posible para ése dominio. El Instrumento AGREE ha sido traducido a muchos idiomas, ha sido citado en más de 100 publicaciones y está respaldado por varias organizaciones para el cuidado de la salud⁸⁷.

Por último a través de una lista de chequeo se caracterizaron los usuarios del servicio que presentaron alteraciones de la movilidad teniendo en cuenta su edad, género, patología de base y principales factores de riesgos de desarrollar úlceras por presión.

6.4.1 Validación de los instrumentos.

Se realizó la validación de la lista de chequeo y la encuesta autodiligenciada mediante un panel de expertos conformada por 5 expertos en la prevención y manejo de úlceras por presión y manejo e implementación de protocolos clínicos, dos del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) de España, los 3 expertos restantes vinculados a la Universidad Surcolombiana, La Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

6.5 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se aplicó a una muestra representativa que cumplió con características similares a la población objeto, esta muestra estuvo integrada por personal asistencial de Enfermería vinculado como trabajador del hospital en el servicio de Cirugía y Especialidades. Al obtener los resultados, se llevó a cabo un ajuste al instrumento con el fin de recolectar la información exitosamente

⁸⁶ Ibid., p 57

⁸⁷ Ibid., p 57

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DIMENSIONES | INDICADORES | NATURALEZA | NIVEL DE MEDICIÓN |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|--------------|-------------------|
| Características Sociodemográfica | Cualidades de la población por edades, ocupación, estado civil y estadísticas sociales. | Edad | Edad en años cumplidos | Cuantitativa | Razón |
| | | Género | Femenino | Cualitativa | Nominal |
| | | | Masculino | | |
| | | Último grado académico alcanzado | Auxiliar de Enfermería | Cualitativa | Ordinal |
| | | | Enfermera/o | | |
| | | | Especialista en Enfermería | | |
| | | | Magister en Enfermería | | |
| Doctor/a En Enfermería | | | | | |
| Tiempo de vinculación en el servicio | Número de meses laborados en el servicio. | Cuantitativa | Razón | | |

| | | Horas laboradas al mes en el servicio | Número de horas/mes laboradas | Cuantitativa | Razón |
|---|---|---|-------------------------------|--------------|---------|
| Conocimiento y aplicación del protocolo | Actividades que evidencian el conocimiento y aplicación del protocolo para la prevención y manejo de las UPP. | Conocimiento de la existencia de protocolo de prevención y manejo de UPP. | SI/NO | Cuantitativa | Nominal |
| | | Criterio dominante en la elección terapéutica de un cuidado. | 1. Juicio Clínico | Cualitativa | Nominal |
| | | | 2. Protocolo de prevención. | | |
| Grado de Aplicación | 1. Siempre | Cualitativa | Nominal | | |
| | 2. Casi Siempre | | | | |
| | 3. Nunca | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|-------------|---------|
| | | Motivo por el cual se utiliza el protocolo | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico. 2. Prevención. 3. Tratamiento. 4. Todas las anteriores. 5. Nunca utiliza el protocolo. | Cualitativa | Nominal |
| Actualización del protocolo | Orienta el mejoramiento de las intervenciones con renovaciones basadas en la evidencia. | Fecha Elaboración | Frecuencia Absoluta | Cualitativa | Nominal |
| | | Fecha de Última Actualización | Frecuencia Absoluta | Cualitativa | Nominal |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---|--|--------------------|--------------|---------|
| Calidad del protocolo | Alto grado de cumplimiento de los requisitos necesarios para el mejoramiento de las prácticas clínicas en el cuidado eficiente y consistente del usuario. | Alcance y Objetivos | | | |
| | | El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s). | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | El (los) aspecto(s) clínico (s) cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s). | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | Los pacientes a quienes se pretende aplicar la guía están específicamente descritos. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal | |
| | | | | | |

| | | Participación de los implicados | | | |
|--|--|--|--------------------|--------------|---------|
| | | El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Se han tenido en cuenta los puntos de vista del paciente y sus preferencias. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Los usuarios diana de la guía están claramente definidos. | | | |
| | | La guía ha sido probada entre los usuarios diana. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |

| | | Rigor en la elaboración | | | |
|--|--|---|--------------------|--------------|---------|
| | | Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--------------|---------|
| | | Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Se incluye un procedimiento para actualizar la guía. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Claridad de la presentación | | | |
| | | Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |

| | | | | | |
|---------------|--|---|--------------------|--------------|---------|
| | | Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición se presentan claramente. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Las recomendaciones clave son fácilmente identificables. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| Aplicabilidad | | | | | |
| | | La guía se apoya con herramientas para su aplicación. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Se han discutido las barreras organizativas potenciales a la hora de aplicar las recomendaciones. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |

| | | | | | |
|-----------------------|--|---|--------------------|--------------|---------|
| | | Han sido considerados los costes potenciales de la aplicación de las recomendaciones. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | La guía ofrece una relación de criterios clave con el fin de realizar monitorización y/o auditoría. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| Independencia Literal | | | | | |
| | | La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |
| | | Se han registrado los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo. | Escala tipo Likert | Cuantitativa | Ordinal |

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se acogió a los principios éticos básicos descritos en el informe Belmont 1974 y la Declaración de Helsinki 2000 relacionados con el respeto a las personas, beneficencia y justicia garantizando y favoreciendo la autonomía en una persona dando valor a sus opiniones y elecciones, sin generar ningún tipo de daño físico, psicológico o social, brindando un trato igualitario a toda la población sin discriminación por su condición social, raza, sexo o género y salvaguardando la salud, intimidad e integridad de las personas y la confidencialidad de la información personal de quienes que participen en la investigación.

En cumplimiento con los aspectos mencionados en el artículo 11 de la resolución 008430/1993, según esta norma la categoría de investigación es de riesgo mínimo, puesto que empleó técnicas en donde no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se solicitó firmar el consentimiento informado, elaborado para tal fin y basado en la norma mencionada (Ver Anexo F)

Asimismo los datos referentes a la población se recolectaron mediante la aplicación de un cuestionario autodilenciado y una lista de chequeo, se tuvieron en cuenta los principios éticos mencionados inicialmente, los criterios de no maleficencia por no generar ningún tipo de alteración negativa en la integridad biopsicosocial de la población objeto de estudio y de veracidad puesto que toda la información recolectada no fue manipulada para beneficiar intereses personales o institucionales, La investigación se realizó sólo para el logro de los objetivos propuestos y no para otros fines, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario, tales como identidad y resultados individuales del estudio. Igualmente, se enmarcó dentro de las consideraciones éticas contenidas en la Ley 911 de 2004, en la que se reglamenta las responsabilidades del profesional de Enfermería en investigación destacando el fomento y el respeto por los principios éticos fundamentales.

Los resultados de esta investigación constituyen un importante aporte para la implementación del constante mejoramiento de los procesos y garantía de la calidad en la prestación de los servicios, además de proponer estándares para desarrollar protocolos de atención basados en la evidencia idóneos para

su realización e implementación en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de complejidad, acarreando también beneficios para el personal de enfermería tanto profesional como auxiliar debido a la clara descripción de sus funciones y responsabilidades estableciendo estándares de prevención y manejo de las UPP que probablemente ayuden a disminuir la incidencia y prevalencia de este tipo de eventos adversos relacionados directamente con el cuidado de Enfermería, destacando a su vez la relevancia para los usuarios que requieren de la prestación de servicios por parte de la institución constituyendo protocolos idóneos para la atención integral de la persona, favoreciendo así la disminución de los gastos físicos, psicológicos y económicos en la persona, su familia, el personal asistencial y la institución.

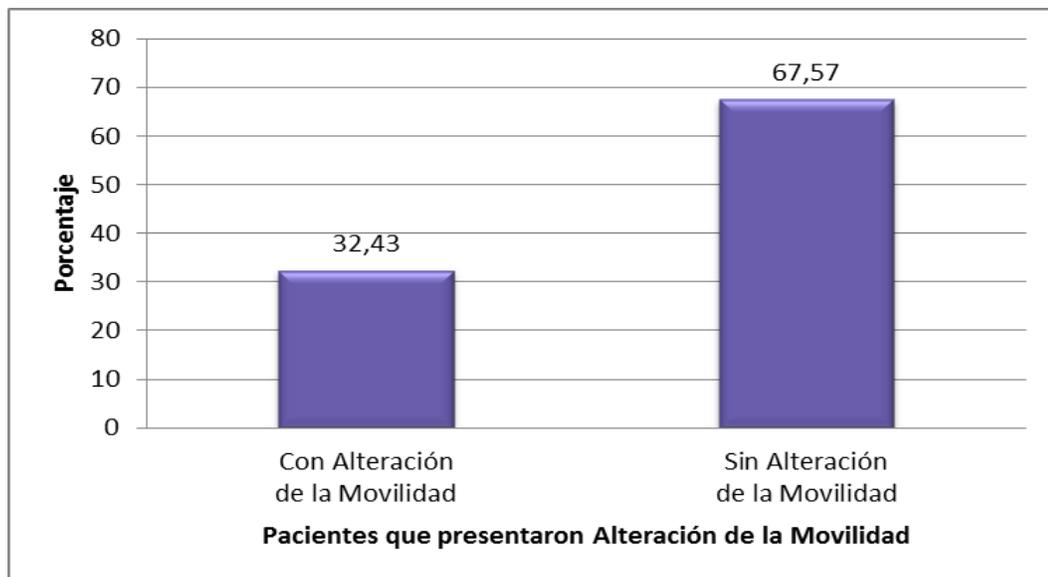
Los comités de Ética, Bioética y Técnico Científico del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, mediante acta de aprobación, 015-003 del día 27 de Noviembre de 2012.,emitió el aval al proyecto y al respectivo consentimiento informado para aplicar los instrumentos de recolección de datos concertados en este proyecto. (Ver anexo G)

9. RESULTADOS

9.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que permitió obtener información de los pacientes con alteración de la movilidad, sus edades, sexo, patología de base, presencia de úlcera por presión, estadio de la lesión y sitio en el que se desarrolló la misma.

Gráfico 1. Distribución de los Pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de Medicina Interna en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.



De acuerdo a la gráfica No 1 los pacientes con alteración de la movilidad hospitalizados en el servicio de Medicina Interna se distribuyen de la siguiente manera: 67,57% no presenta alteración de la movilidad, mientras que 32,43% presenta este tipo de alteración; los pacientes presentan un alto riesgo de desarrollar úlceras por presión, es importante reconocer que el cuidado de enfermería brindado mediante la aplicación de protocolos o guías de práctica clínica se convierten en factores preventivos que disminuyen el riesgo de desarrollarlas, cuando estas se presentan son consideradas un

problema que incrementa el tiempo de estancia hospitalaria, los costos, las lesiones incapacitantes y el riesgo de muerte⁸⁸.

Tabla 1. Distribución por edad en años de pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.

| Edad en años | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------|------------|------------|----------------------|
| 17,00 | 1 | 4,0 | 8,3 |
| 22,00 | 2 | 8,0 | 25,0 |
| 24,00 | 2 | 8,0 | 41,7 |
| 34,00 | 1 | 4,0 | 50,0 |
| 36,00 | 1 | 4,0 | 58,3 |
| 54,00 | 1 | 4,0 | 66,7 |
| 56,00 | 1 | 4,0 | 75,0 |
| 67,00 | 1 | 4,0 | 83,3 |
| 76,00 | 1 | 4,0 | 91,7 |
| 87,00 | 1 | 4,0 | 100,0 |
| Total | 12 | 48,0 | |
| Total | | 100,0 | |

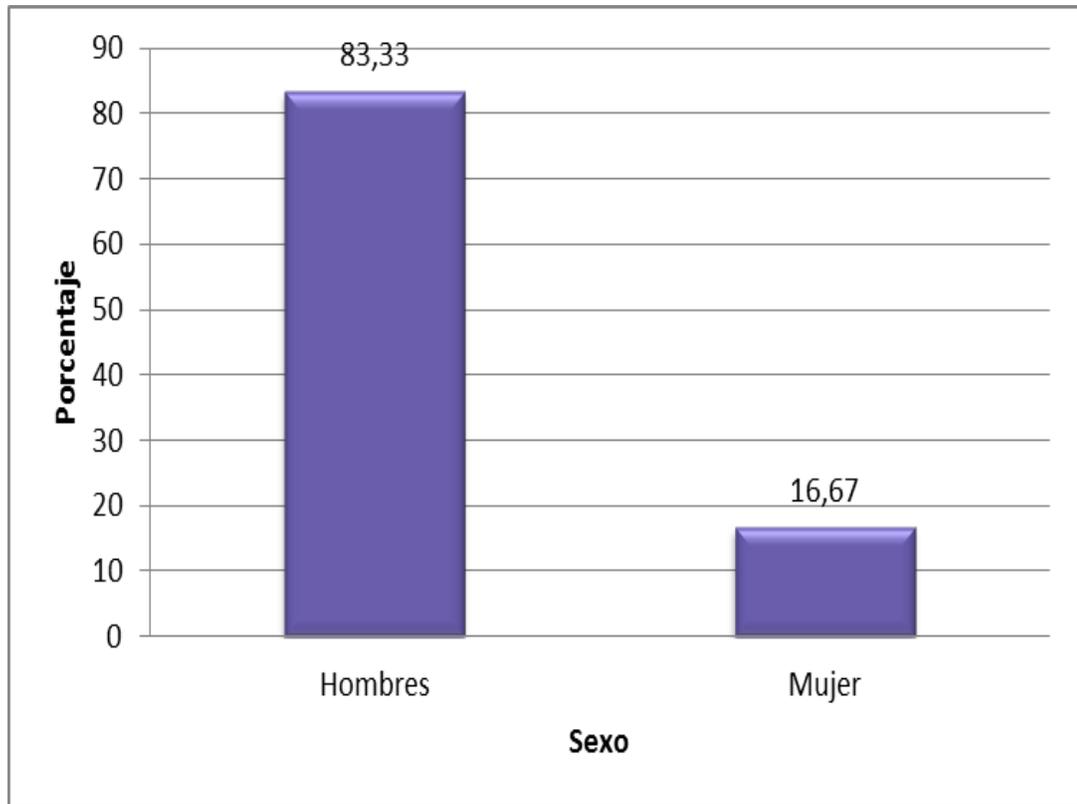
Media: 43,2 Mediana: 35,22 Desviación estándar: 23,93.

La tabla No 1 describe la distribución por edad; estas oscilan entre los 17 y los 87 años, con una media de 43,2, mediana de 35 y una desviación estándar de 23,93; las diferentes causas de alteración de la movilidad afectan a todos los grupos etarios de la sociedad, no siendo exclusivo de un solo grupo, es necesario identificar en el ámbito hospitalario los pacientes que tienen alteración de la movilidad para establecer mecanismos preventivos que disminuyan el riesgo de desarrollar úlceras por presión. La aplicación de protocolos para la detección temprana del riesgo de úlceras por presión es un mecanismo que permite identificar pacientes en riesgo, fortalecer la aplicación de los protocolos y racionalizar el cuidado de Enfermería⁸⁹.

⁸⁸ GARCIA FERNANDEZ, Francisco Pedro; *et.al.* Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos [online]. 2008, vol.19, n.3, pp. 136-144. ISSN 1134-928X.

⁸⁹ FERNÁNDEZ N, Pilar y VALLES F, María. Úlceras por Presión. Evaluación de un Protocolo. Revista Rol de Enfermería. No 225, Mayo 1997.

Gráfico 2. Distribución por Sexo de los pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.



Según el gráfico No 2 de los pacientes con alteración de la movilidad se puede determinar que el 83,33% pertenecen al sexo Masculino y el 16,67% al sexo femenino. De acuerdo con los datos arrojados por el perfil epidemiológico del departamento del Huila 2011, hasta la semana epidemiológica 25 se reportó una alta tasa de accidentalidad en vehículos automotores, lo cual sugiere una idiosincrasia particular de la población de la región que tiende a mezclar altas dosis de bebidas embriagantes con la manipulación de estos vehículos, estos casos se asocian principalmente a individuos jóvenes de sexo masculino.

Tabla 2. Distribución según la Patología de pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.

| | Patología de Base | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------------|------------|------------|----------------------|
| Válidos | ACV | 1 | 8,3 | 8,3 |
| | Hemorragia subdural | 1 | 8,3 | 16,7 |
| | TCE | 2 | 16,7 | 33,3 |
| | IRC-Anasarca | 1 | 8,3 | 41,7 |
| | Supresión medicamentosa | 1 | 8,3 | 50,0 |
| | Ca metastásico SNC | 1 | 8,3 | 58,3 |
| | Amputación MSD-MID | 1 | 8,3 | 66,7 |
| | Guillán Barré | 1 | 8,3 | 75,0 |
| | Amputación MII | 1 | 8,3 | 83,3 |
| | Estatus convulsivo focal | 1 | 8,3 | 91,7 |
| | Ca Pulmón | 1 | 8,3 | 100,0 |
| | Total | 12 | 100,0 | |

Fuente: Historias Clínicas

En la tabla 2 se observa la patología de los pacientes con alteración de la movilidad encontrándose diferentes enfermedades crónicas y degenerativas tales como: ECV con 8,33%, Hemorragia subdural 8,33%, TCE 16,67% y otras enfermedades como IRC, estatus convulsivo con supresión medicamentosa, amputación de MSD y MID, Cáncer de Pulmón con metástasis en SNC y Guillan Barre con 8,33% respectivamente. Según el perfil epidemiológico del Huila⁹⁰ 2011 existe un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y alto índice de accidentalidad, esto concuerda con las patologías de quienes se hospitalizan en el servicio de medicina interna generando un alto impacto familiar, económico, social, laboral y de salud.

⁹⁰ GOBERNACIÓN DEL HUILA. Secretaría de salud Departamental, Perfil Epidemiológico Primer Semestre de 2011. Departamento del Huila.

Tabla 3. Distribución de los principales factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad según la escala de Braden en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.

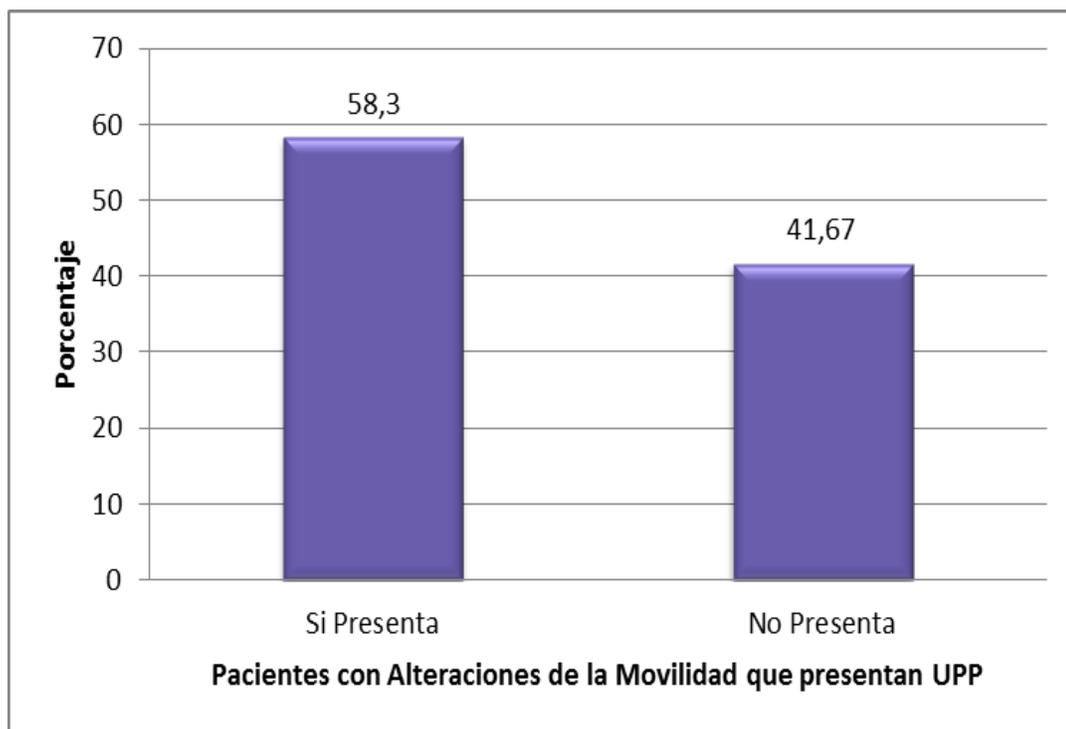
| Factor de riesgo | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Disminución del nivel de conciencia | 66,7% | 33,3% |
| Inmovilidad y parálisis | 100% | - |
| Incontinencia urinaria | 75% | 25% |
| Incontinencia fecal | 75% | 25% |
| Alteración de la nutrición | 75% | 25% |
| Uso de sondajes | 100% | - |
| Ausencia de cambios posturales. | 100% | - |
| Utilización de cremas con alcohol. | 66,7% | 33,3% |

Según la tabla anterior, se observa que existe al menos un factor de riesgo para el desarrollo de UPP, destacando la inmovilidad y parálisis, el uso de sistemas de sondaje y la ausencia de cambios posturales como los principales factores de riesgo para presentar este tipo de lesiones, cada una de ellas se presentó en el 100% de la población objeto de estudio.

La ausencia de cambios posturales durante el turno, es evidencia de la falta de aplicación de protocolos de enfermería orientados a la prevención y manejo de las úlceras por presión por desconocimiento o tal vez falta de interés de quienes son los encargados de brindar atención de enfermería a

quienes son objeto de cuidado. Soldevilla⁹¹ (2007) describe la importancia de los movimientos autónomos o cambios de posición como mecanismo para defenderse de los efectos de la presión en los tejidos evitando de esta manera la aparición de UPP en pacientes con alteración de la movilidad.

Gráfico 3. Distribución de úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.



Según la gráfica anterior, el 58,33% presentó al menos una úlcera por presión en alguno de sus estadios, el 41,67% no la presentaron, estos datos evidencian una falla en los cuidados de enfermería básicos en personas con alteración de la movilidad, relacionados con los cambios de posición periódicos y secuenciales, lubricación de la piel, valoración del estado de la piel, brindar comodidad y confort, y una adecuada comunicación con el paciente y su familia, aspectos que coligen en las estrategias empleadas por el personal de enfermería para prevenir la aparición de UPP.

⁹¹ SOLDEVILLA AGREDA, Javier J. Las úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal Tesis Doctoral, España, Universidad de Santiago de Compostela. Enfermería Geriátrica y Gerontológica del Departamento de Enfermería, 2007

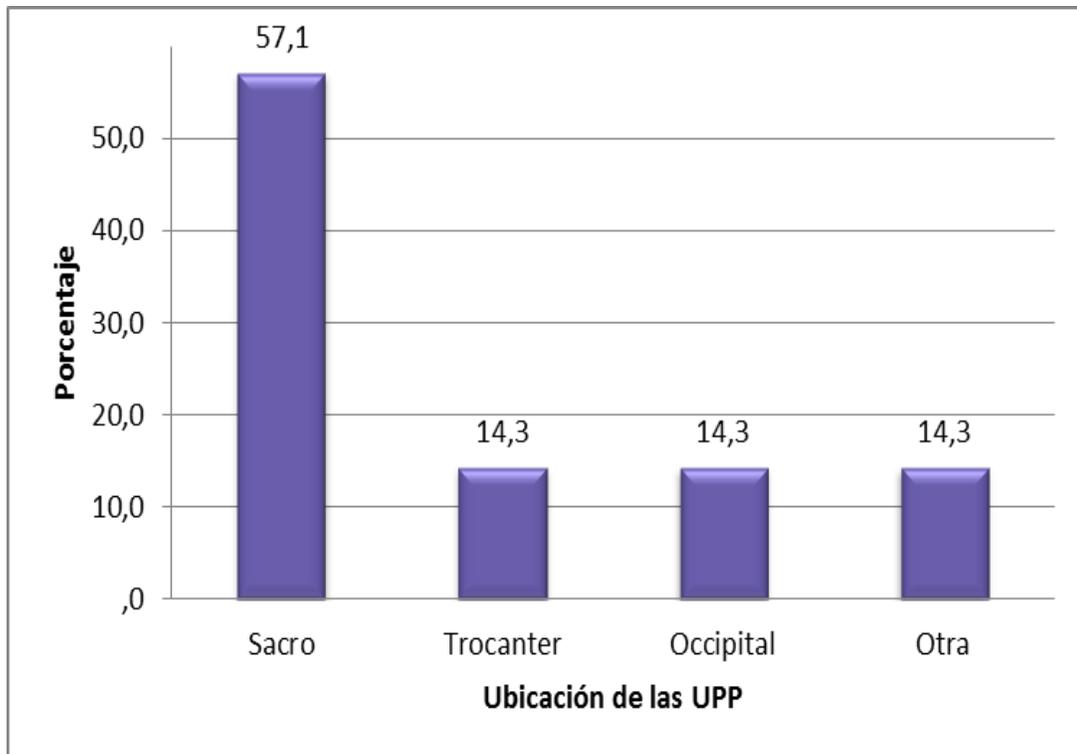
Tabla 4. Distribución del tiempo de hospitalización en días, de los pacientes con alteración de la movilidad en el servicio de Medicina Interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

| Tiempo de hospitalización en días | | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------|------------|------------|
| Válidos | 4,00 | 1 | 8,3 |
| | 8,00 | 1 | 8,3 |
| | 10,00 | 2 | 16,7 |
| | 15,00 | 1 | 8,3 |
| | 19,00 | 1 | 8,3 |
| | 21,00 | 1 | 8,3 |
| | 29,00 | 1 | 8,3 |
| | 34,00 | 1 | 8,3 |
| | 40,00 | 1 | 8,3 |
| | 57,00 | 1 | 8,3 |
| | 90,00 | 1 | 8,3 |
| | Total | 12 | 100,0 |

*Media: 28 Mediana: 20, Moda: 10, Desviación estándar: 28,84

De acuerdo a la tabla 4 el tiempo de hospitalización de los pacientes oscila entre 4 y 90 días, con una media de 28, mediana de 20, moda de 10 y desviación estándar de 28,84. Esto permite inferir que el 67% tenía una estancia hospitalaria mayor a 15 días, tiempo en el cual sin la aplicación de medidas preventivas para el desarrollo de UPP, los pacientes pueden presentar este tipo de evento adverso que contribuye a incrementar el tiempo de estancia hospitalaria.

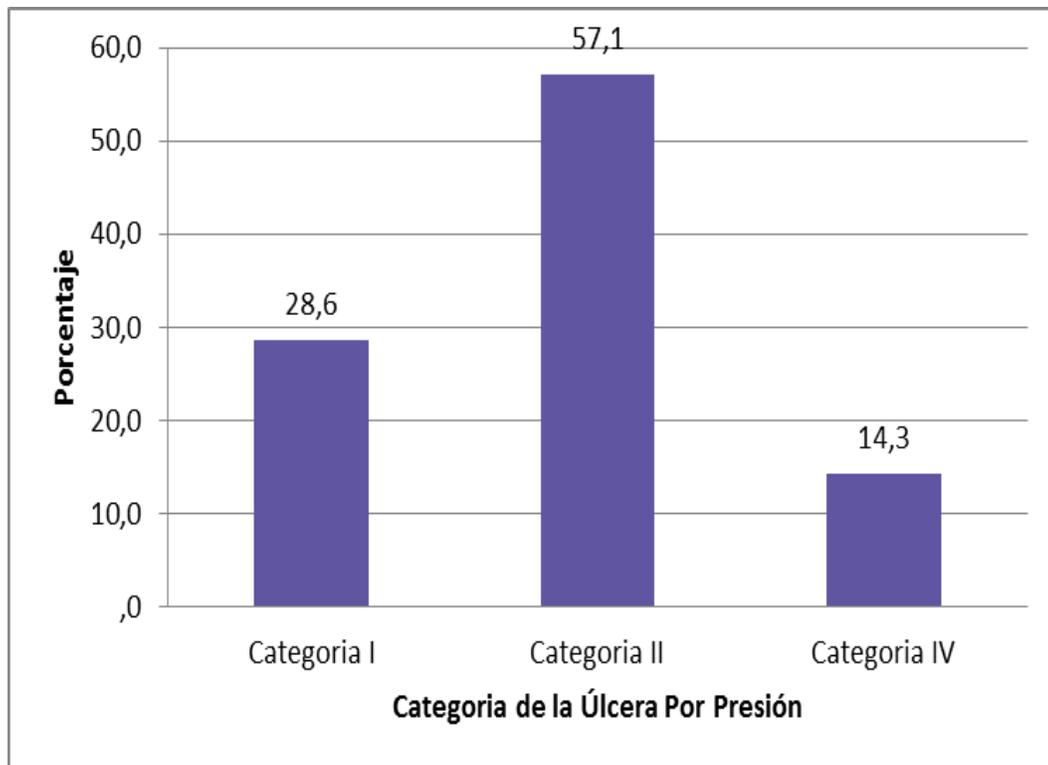
Gráfico 4. Distribución de la ubicación de las úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.



La gráfica 4, describe la ubicación de las UPP, 57,14% la desarrollaron en la región sacra, y sitios como el trocánter, región occipital y otras zonas se presentaron en el 14,29% para cada uno de los casos. Demostrando que los cambios de posición no se están realizando con la periodicidad requerida. Se ha identificado que el tipo y duración de la presión va a condicionar la aparición de las úlceras por presión,⁹² se puede afirmar que el tiempo y duración son inversamente proporcionales. Por lo anterior, se puede decir que para el desarrollo de UPP en cualquier región, los pacientes necesariamente deben permanecer durante más de dos horas en una misma posición.

⁹²SOLDEVILLA AGREDA, Javier J. Óp. Cit, p. 23

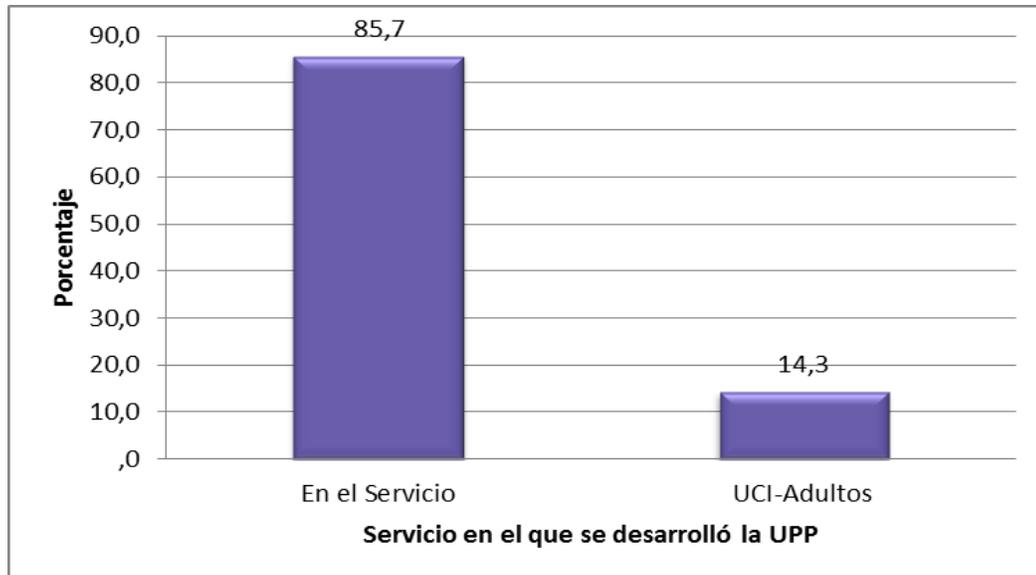
Gráfico 5. Distribución de la Categoría de las úlceras por presión en pacientes con alteración de la movilidad en una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.



La gráfica N° 5 describe los diferentes estadios de las úlceras por presión, 28,57% presentaba estadio I, 57,14% estadio II, y 14,29% estadio IV, sin evidenciarse estadio III; el alto porcentaje de UPP en sus diferentes estadios evidencia un déficit no solo en los cambios de posición periódicos sino también en la valoración de la piel y la aplicación de una escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP, según Hernández (2012)⁹³ esta valoración es fundamental en la prevención y el tratamiento del paciente con herida, es la base para la elección e implantación de los cuidados generales y locales.

⁹³ HERNANDEZ MARTINEZ, Elvira, Óp. Cit., p. 39

Gráfico 6. Servicios en los que se desarrollaron las UPP, de los pacientes con alteración de la movilidad hospitalizados en el servicio de medicina interna una IPS de IV nivel, Neiva, 2013



Según la gráfica N° 6, 85,71% de los pacientes con UPP la desarrollaron en el servicio de Medicina interna; el 14,29% la desarrolló encontrándose hospitalizado en la Unidad de Cuidados intensivos adultos, esto demuestra la deficiencia que presenta el servicio respecto a las diferentes actividades de prevención, como aplicación de escala de valoración de riesgo, valoración de la piel y seguimiento y aplicación del protocolo de manejo y prevención de UPP, siendo estas actividades fundamentales para disminuir la incidencia, según Alarcón et al (2002) se pueden prevenir con las actividades anteriormente mencionadas, hasta en un 90% de los casos la aparición de las mismas.

9.2 Análisis de la caracterización y conocimientos del personal de Enfermería relacionados con el protocolo de prevención y manejo de la Ulceras por presión del servicio de Medicina Interna de una institución de IV nivel, Neiva 2013

Variables sociodemográficas del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel de la ciudad de Neiva, 2013.

Las variables sociodemográficas del personal de enfermería permiten identificar las principales características medibles de este grupo como lo son: edad, sexo, nivel académico, tiempo de vinculación en el servicio, y horas laboradas al mes. Adicionalmente se determina el grado de conocimiento acerca del protocolo por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna se determinó a través de preguntas específicas del contenido del protocolo, las cuales permitieron establecer el conocimiento que estos tienen del mismo, preguntas relacionadas con las funciones específicas para el personal profesional y auxiliar de enfermería.

Tabla 5. Distribución de las edades del personal que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

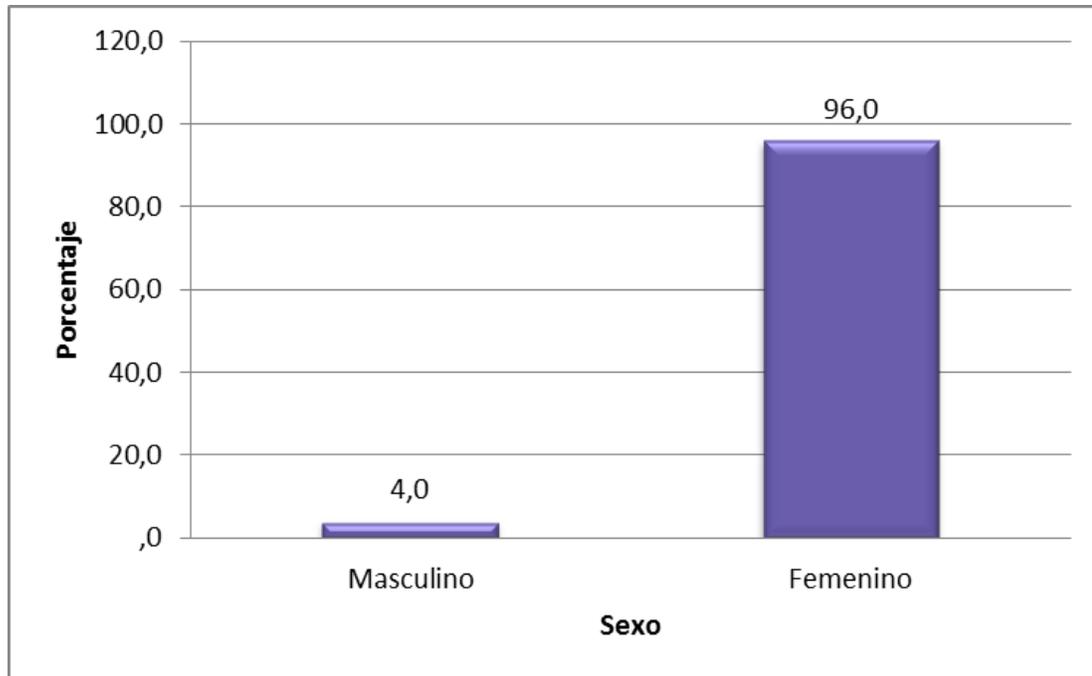
| Edad | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| 20,00 | 1 | 4,0 | 4,0 |
| 26,00 | 2 | 8,0 | 12,0 |
| 27,00 | 3 | 12,0 | 24,0 |
| 28,00 | 3 | 12,0 | 36,0 |
| 29,00 | 4 | 16,0 | 52,0 |
| 30,00 | 1 | 4,0 | 56,0 |
| 31,00 | 1 | 4,0 | 60,0 |
| 32,00 | 2 | 8,0 | 68,0 |
| 33,00 | 2 | 8,0 | 76,0 |
| 35,00 | 3 | 12,0 | 88,0 |
| 36,00 | 1 | 4,0 | 92,0 |
| 48,00 | 1 | 4,0 | 96,0 |
| 52,00 | 1 | 4,0 | 100,0 |
| Total | 25 | 100,0 | |

*Media: 31,4 – Mediana: 29 – Moda: 29 – Desviación estándar: 6,68

La tabla No 5, muestra la distribución por edad del personal de Enfermería que labora en el servicio de Medicina Interna, encontrándose que el 16% se ubica en la edad de 29 años y entre 27, 28 y 35 años el 12% respectivamente, de igual manera se describe que las edades oscilan entre 20 y 52 años con una media de 31,4, una mediana de 29 y una desviación estándar de 6,68. Además, se observa que el 88% de la población tienen 35 años o menos. Por lo anteriormente expuesto se puede sugerir que la

mayoría de la población se encuentra en una etapa de plena madurez psíquica e intelectual, una mayor serenidad espiritual y sobre todo una amplia experiencia que lo hace apto para desempeñar cualquier trabajo⁹⁴.

Gráfico 7. Distribución por sexo del personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

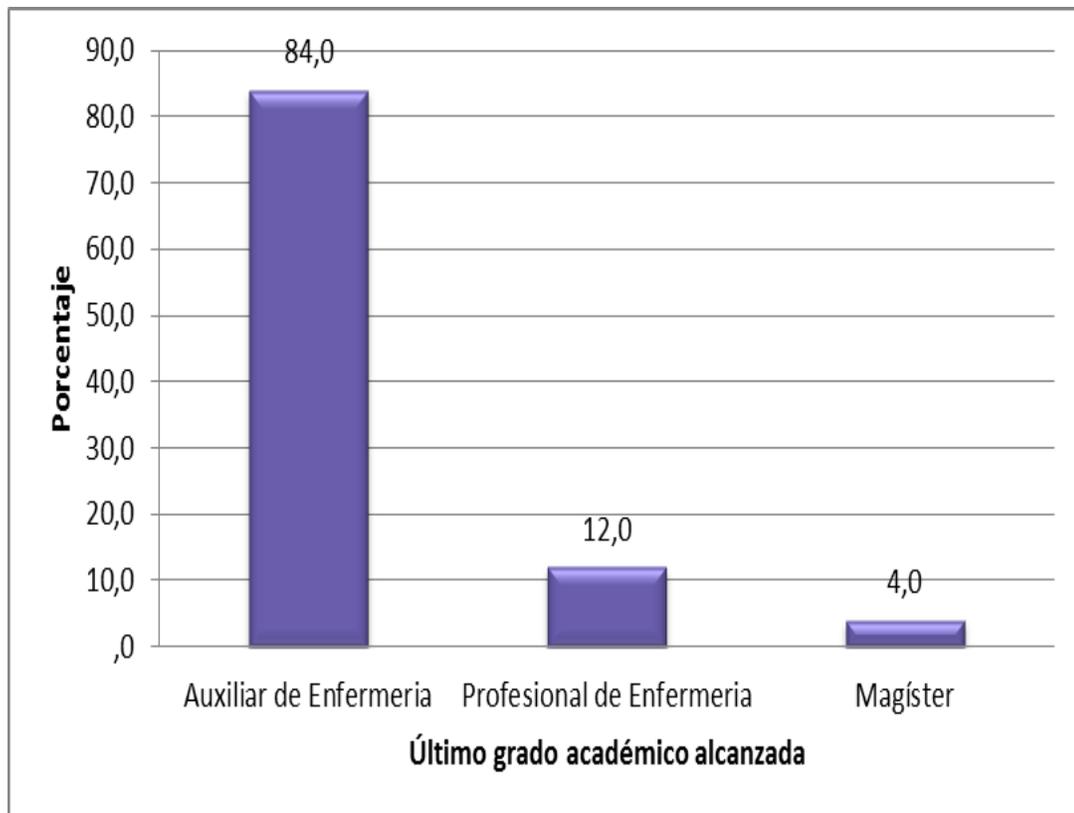


En el gráfico No 7 se observa que el 96% pertenecen al sexo femenino y el 4% al masculino, demostrando que la labor del cuidado continua siendo de predominio femenino; según Arias “la mayoría son mujeres, hecho que puede estar en correspondencia con la herencia femenina de la Enfermería”⁹⁵, de igual manera la autora confirma que en los últimos años se ha aumentado la representación del sexo masculino principalmente en el nivel profesional.

⁹⁴ PROYECTO DE ACUERDO No. 005 DE 2005, "Por El Cual Se Prohíbe En El Distrito Capital La Discriminación Laboral Por Edad, Bogotá, Enero de 2005.

⁹⁵ ARIAS T, Dolly. Características de profesionales y auxiliares de enfermería del Huila. 2010. av.enferm., XXX (2): 56-66, 2012.

Gráfico 8. Último grado académico alcanzado por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.



El gráfico No 8 representa la distribución según el grado académico. Se observa que el 84% pertenece al grupo auxiliar de enfermería, el 16% personal profesional, de estos solamente el 4% tiene formación en el nivel de Maestría; lo anterior sugiere que el acto de cuidar es delegado al personal técnico, que puede afectar la calidad brindada, teniendo en cuenta que este personal posee conocimientos y habilidades para el desarrollo de actividades de cuidado básicas para la atención de los usuarios del servicio. Por otro lado, la presencia de un bajo porcentaje de profesionales hace necesario que estos asuman funciones administrativas que impiden el desarrollo de las actividades de cuidados propias de su quehacer, que se reflejan en la disminución de la calidad.

Tabla 6. Distribución del tiempo de vinculación (meses) del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

| Tiempo de vinculación (meses) | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| 10,00 | 1 | 4,0 |
| 12,00 | 1 | 4,0 |
| 13,00 | 2 | 8,0 |
| 18,00 | 1 | 4,0 |
| 26,00 | 1 | 4,0 |
| 27,00 | 1 | 4,0 |
| 36,00 | 2 | 8,0 |
| 37,00 | 1 | 4,0 |
| 48,00 | 7 | 28,0 |
| 60,00 | 1 | 4,0 |
| 65,00 | 1 | 4,0 |
| 72,00 | 1 | 4,0 |
| 84,00 | 2 | 8,0 |
| 90,00 | 1 | 4,0 |
| 102,00 | 1 | 4,0 |
| 120,00 | 1 | 4,0 |

*Media: 49,64 – Mediana: 48 – Moda: 48 – Desviación estándar: 29,45

La tabla anterior describe el tiempo de vinculación en el servicio, predomina la vinculación entre 10 y 120 meses, con una media de 49,64 y una desviación estándar de 29,45. El 80% de la población tiene vinculación mayor a 26 meses; esto sugiere que son personas con amplia trayectoria laboral en el servicio, por lo tanto poseen habilidades y destrezas que les permite ejecutar adecuadamente las acciones necesarias para satisfacer las demandas de cuidado de los usuarios del servicio

Tabla 7. Distribución del tiempo laborado en horas al mes por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

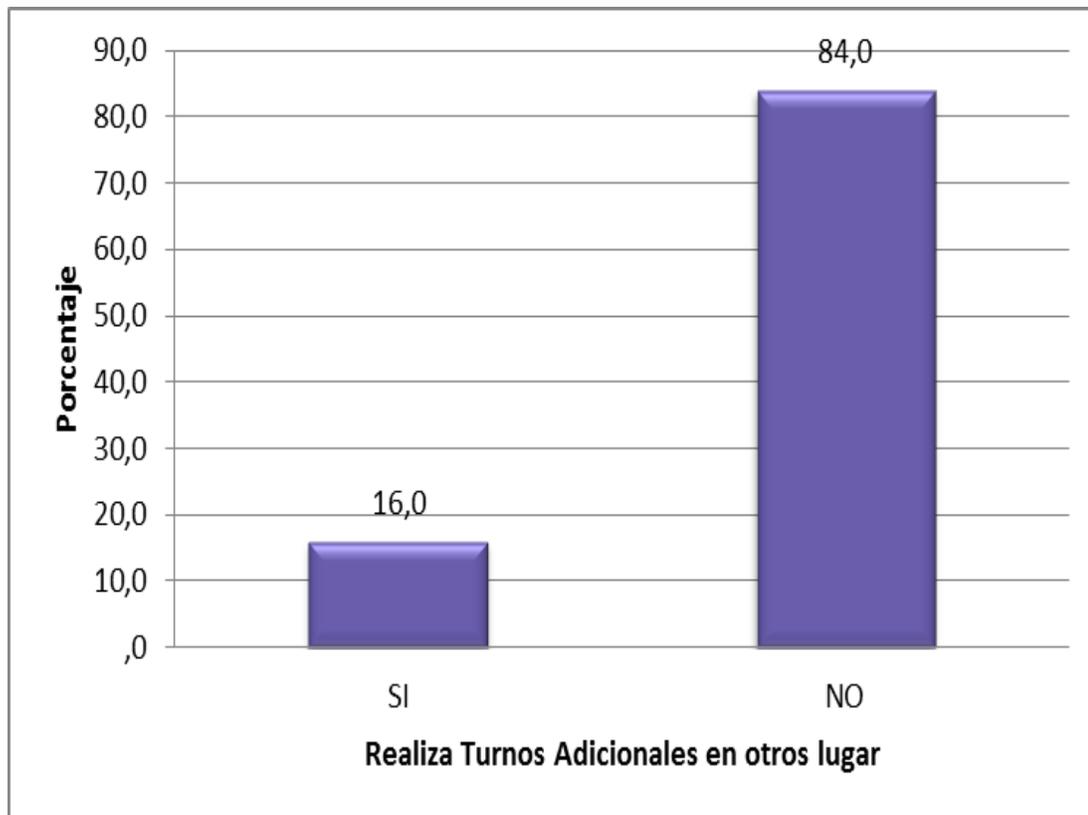
| Horas | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 174,00 | 1 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| 180,00 | 21 | 84,0 | 84,0 | 88,0 |
| 186,00 | 1 | 4,0 | 4,0 | 92,0 |
| 192,00 | 1 | 4,0 | 4,0 | 96,0 |
| 204,00 | 1 | 4,0 | 4,0 | 100,0 |
| Total | 25 | 100,0 | 100,0 | |

*Media: 181,44 – Mediana: 180 – Moda: 180 – Desviación estándar: 5,55

La tabla N° 7, describe el tiempo laborado por el personal de Enfermería en la que se puede evidenciar que el 84% de la población tiene una intensidad horaria de 180 horas y 174, 186, 192 y 204 horas representan el 4% respectivamente, con una media de 181,44, mediana y moda de 180 y desviación estándar de 5,55. Esto coincide con el tiempo mínimo de trabajo al mes de acuerdo a lo estipulado en los artículos 161 y 165 del código sustantivo del trabajo⁹⁶ “La duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana”, “Cuando la naturaleza de la labor no exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de trabajadores, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas, o en más de cuarenta y ocho (48) semanales”.

⁹⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA., Ley 2663 (5 de agosto de 1950) CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, artículos 161 – 165. Diario Oficial No 27.622. Bogotá, D.C.

Gráfico 9. Distribución del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna que realiza turnos adicionales en otras instituciones o servicios de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.



La gráfica N° 9 describe que el 84% de la población no realiza turnos adicionales en otros servicios o instituciones prestadoras de servicios de salud, lo que demuestra que no existe una carga laboral evidente en el personal, que pueda repercutir en la calidad del cuidado que este brinda. Adicionalmente, Mesa (2010), establece que “la carga laboral de los profesionales de enfermería influye en su salud mental y física, lo cual es la principal referencia para hablar de la forma como las condiciones laborales afectan su calidad de vida”⁹⁷; los resultados del estudio permiten identificar que en el servicio de Medicina Interna este no es un factor que contribuya al posible abandono del cuidado brindado por el personal de Enfermería.

⁹⁷, MESA, L, Romero, M. Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Bogotá (Colombia), 12 (2): 55-92, julio-diciembre de 2010.

9.3 ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS DEL PROTOCOLO

Tabla 8. Conocimiento de la existencia de un protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

| Conoce la existencia de un protocolo de prevención y manejo de UPP en el servicio de Medicina Interna | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Si | 25 | 100,0 |

De acuerdo a la tabla N° 8 el 100% del personal de enfermería afirma conocer la existencia de un protocolo de prevención y manejo de UPP en el servicio de Medicina Interna, lo cual evidencia que el proceso de difusión de esta guía se realiza de manera efectiva por parte del coordinador del servicio.

Tabla 9. Distribución por frecuencia y porcentaje de los conocimientos teórico-prácticos del Protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

| Actividad | Profesional | | Auxiliar de Enfermería | | Ambos | |
|--|-------------|-----|------------------------|-----|------------|-----|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Programar y realizar cambios de posición cada hora | 2 | 8% | 22 | 88% | 1 | 4% |
| Mantener orden y limpieza en la unidad | – | – | 24 | 96% | 1 | 4% |
| Realización de curación | 10 | 40% | 12 | 48% | 3 | 12% |
| Registrar en la evolución los cambios de posición | – | – | 21 | 84% | 4 | 16% |

De acuerdo a la tabla 9, se puede inferir que en general la población no tiene un conocimiento claro de lo establecido en el protocolo, a pesar que todos manifiestan conocer la existencia del mismo. Por otra parte, se presenta un grado de concordancia entre algunas respuestas y el protocolo (Mantener orden y limpieza de la unidad (96%) y realizar curación (48%)) lo cual se puede atribuir a que el personal auxiliar de Enfermería siendo el 84% de la población, manifiesta que en la práctica, todas las funciones mencionadas en el instrumento son realizadas por ellas, las respuestas de dichas preguntas se ven influenciadas por las labores y responsabilidades cotidianas, no por su conocimiento de lo establecido en el protocolo.

Los cambios de posición, según el protocolo, los deben realizar los profesionales y auxiliares, contrario a esto las respuestas no son acordes a lo descrito en éste; 88% de la población atribuye la responsabilidad de esta función al personal auxiliar. Esta actividad ha sido delegada por el profesional, quien debe ser el principal actor a la hora de planear, ejecutar y evaluar los cambios de posición como estrategia para la prevención de las UPP.

Por otro lado, respecto al mantenimiento del orden y limpieza de la unidad, las respuestas en un 96% fueron acordes a lo descrito en el protocolo, en donde se determina que es la auxiliar es quien debe desempeñar esta función, tal como lo exige el perfil ocupacional y norma de competencia laboral para el auxiliar de enfermería, elaborado por el Ministerio de la Protección Social en 2005.⁹⁸

En relación a la responsabilidad de la realización de las curaciones, 48% manifiesta que es deber del personal auxiliar, lo cual coincide con lo mencionado en el protocolo, mientras que el 40% dice que por su nivel de complejidad debe ser realizada por personal profesional de Enfermería, aunque no es acorde a lo mencionado en el protocolo, puede sugerir que se reconoce que esta actividad debe ser realizada por personal idóneo y capacitado.

El 84% de la población manifiesta que los registros en la evolución clínica de los cambios de posición son responsabilidad exclusiva del personal auxiliar, solo el 16% coincide con establecido en el protocolo, el cual indica que esta función debe ser desarrollada tanto por el profesional como por el auxiliar,

⁹⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS, Bogotá junio de 2005.

según Silvera⁹⁹(2007) “los registros de enfermería hechos con profesionalismo representan un valioso recurso para defenderse tanto de demandas como acusaciones de omisión por parte del equipo de trabajo o de las familias.”

Tabla 10 Conocimiento de la existencia de la escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP en el protocolo de prevención, por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

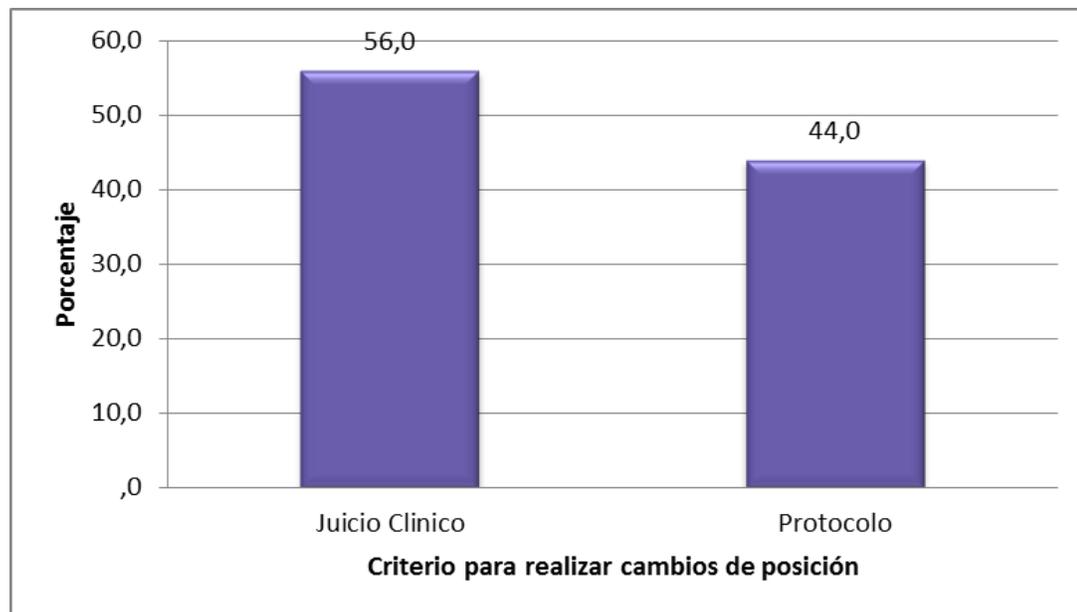
| | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|-----------|------------|------------|
| Válidos | no sabe | 23 | 92,0 |
| | no existe | 2 | 8,0 |

De acuerdo a la tabla 10, 8% de la población respondió de manera correcta la pregunta, según el protocolo no describe ninguna escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión; contrario a esto, 92%, mencionó no saber que escala utiliza el protocolo, sugiriendo que no se tiene un conocimiento claro de los contenidos del mismo.

Por otro lado, es importante mencionar que la población no tiene conocimientos relacionados con las escalas de valoración de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, restándole importancia a esta herramienta como elemento fundamental a la hora de establecer mecanismos para la prevención de las úlceras por presión.

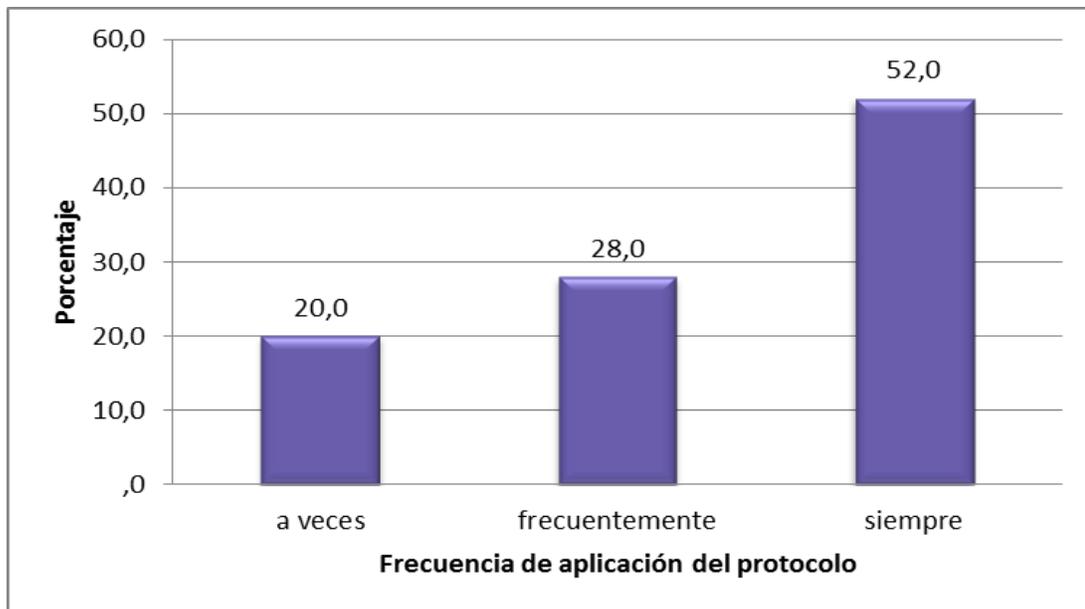
⁹⁹ SILVERA, Moisés H .Análisis deontológico y bioético de los registros del profesional de Enfermería. Universidad de la Sabana, Facultad de Medicina, especialidad en Bioética, Bogotá, 2007.

Gráfico 10. Criterio utilizado en el momento de realizar cambios de posición por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.



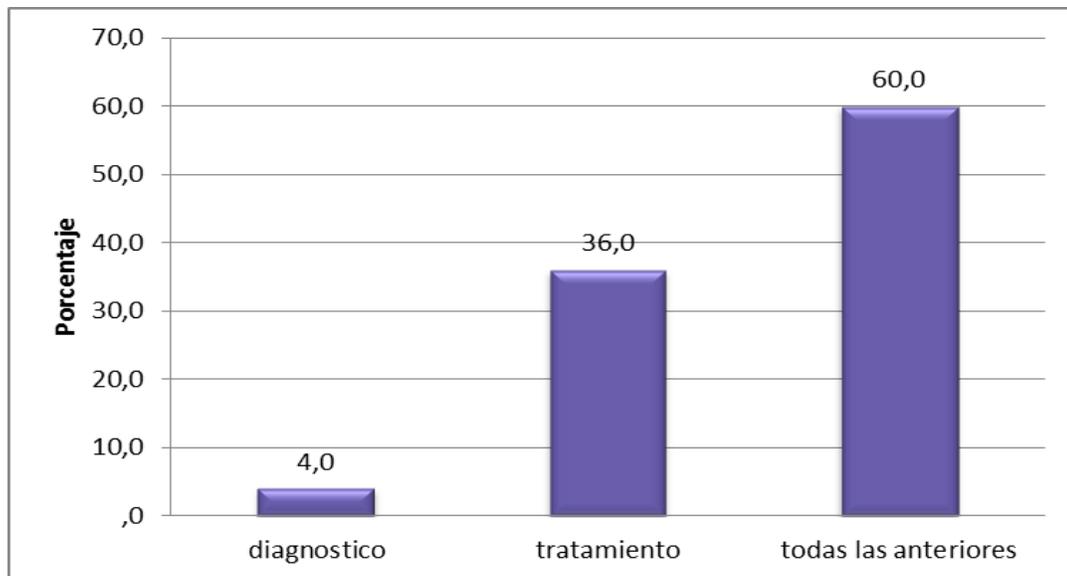
La gráfica N° 10 describe que el 56% de la población basa su criterio para realizar cambios de posición en su juicio clínico, fundamentado en conocimientos adquiridos durante su formación académica y experiencia laboral, brindando cuidado sin tener en cuenta lo establecido en el protocolo. Por otro lado, el 44% manifiesta tener en cuenta el protocolo, lo cual no coincide con lo especificado en el mismo, este no presenta de manera explícita la forma ni la periodicidad en que se debe realizar esta actividad. Además, tampoco se refleja en los resultados acerca de los conocimientos de contenido del mismo, como se describe en las tablas anteriores (ver tablas 9 y 10).

Gráfico 11. Frecuencia de utilización del protocolo de atención de enfermería para prevenir úlceras por presión en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.



La gráfica anterior demuestra que: el 52% utiliza el protocolo siempre, 28% frecuentemente y 20% a veces, lo que sugiere que el 100% del personal ha utilizado el protocolo en algún momento; asimismo el personal que utiliza el protocolo frecuentemente o siempre constituye el 80% de la población, se puede inferir que el personal debería tener una comprensión clara de los contenidos del protocolo debido a la alta frecuencia de su utilización, lo cual no coincide con los resultados correspondientes a los conocimientos relacionados con el mismo, según lo descrito en tablas anteriores (ver tablas 9 y 10).

Gráfico 12. Principal razón para utilizar el protocolo de prevención de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna de una IPS de IV nivel, Neiva.



Según el gráfico N° 12, 4% del personal de enfermería utiliza el protocolo para diagnóstico, 36% para tratamiento y 60% lo utiliza para las actividades antes mencionadas incluyendo también la prevención de las UPP. Por consiguiente, los resultados demuestran que ningún individuo utiliza el protocolo de forma exclusiva para la prevención del desarrollo de úlceras, siendo este el principal enfoque del protocolo; por otro lado se demuestra que el personal afirma conocer y aplicar el protocolo, lo cual debería verse reflejado en la disminución de los casos de UPP, siempre y cuando se utilizara de manera adecuada para prevención, diagnóstico y tratamiento, no siendo coherente con lo reflejado en el servicio, puesto que el 58,33% de los pacientes con alteración de la movilidad presentaron al menos una úlcera por presión en alguno de sus categorías .

9.4 ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO AL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA UPP

Dentro del protocolo de atención de enfermería en prevención de úlceras por decúbito se encuentra establecida una lista de chequeo que cuenta con 13 ítems, que permiten evaluar las actividades enfocadas a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión por parte del personal de enfermería, constituyendo una herramienta importante a la hora de determinar el conocimiento y la aplicación de los contenidos descritos en el mismo.

Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes de los conocimientos prácticos del Protocolo de prevención y manejo de UPP por el personal de Enfermería que labora en el servicio de medicina interna en una IPS de IV nivel, Neiva, 2013.

| ITEM | CUMPLE | | NO CUMPLE | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 1. Valora el estado clínico del paciente. | 1 | 4% | 24 | 96% |
| 2. Prepara el equipo según la intervención a realizar. | 11 | 44% | 14 | 56% |
| 3. Saluda al paciente, le explica el procedimiento y le solicita colaboración. | 1 | 4% | 10 | 40% |
| 4. Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento. | 6 | 24% | 5 | 20% |
| 5. Realiza tarjeta de cambios de posición y cumple siguiendo la técnica secuencial. | 3 | 12% | 21 | 84% |
| 6. Realiza masajes y lubricación de la piel con énfasis en prominencias óseas. | 1 | 4% | 23 | 92% |
| 7. En caso de presentarse lesión ulcerosa, realiza la curación utilizando la técnica específica. | 6 | 24% | 5 | 20% |
| 8. En el recibo de turno observa el estado de la piel del usuario y reporta las anormalidades. | - | - | 25 | 100% |

Continúa

Tabla 11. (Continuación)

| ITEM | CUMPLE | | NO CUMPLE | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 9. Ofrece educación a la familia y solicita colaboración en los masajes, lubricación y cambios de posición. | 8 | 32% | 16 | 64% |
| 10. Cambia oportunamente el pañal del paciente y le aplica crema protectora. | 13 | 52% | 11 | 44% |
| 11. Ofrece comodidad y limpieza al paciente. | 18 | 72% | 6 | 24% |
| 12. Realiza correctamente el registro en la historia clínica. | 21 | 84% | 3 | 12% |
| 13. Recoge y organiza los elementos utilizados en la intervención. | 11 | 44% | 14 | 56% |

De acuerdo a la tabla N° 11 el 96% del personal de enfermería no realiza la valoración del estado clínico del paciente, lo cual sugiere que se deja de lado una actividad sencilla pero fundamental a la hora de detectar alteraciones o mejorías que direccionen pautas de cuidado, el 4% cumple con esta actividad durante la entrega de turno, durante este proceso solo se hace énfasis en el correcto diligenciamiento de la historia clínica, el reporte de las valoraciones por especialistas y paraclínicos pendientes de tomar o reclamar el resultado.

Según González¹⁰⁰(2007) el cuidado se fundamenta en los conocimientos, que permite abordar al individuo como ser biosicosocial, valorando el estado de salud, sin olvidar su historia de vida, interpretando su situación fisiopatológica, medidas de bioseguridad, aspectos contextuales, políticos y sociales; que permitan brindar un cuidado de calidad con eficiencia y efectividad, en el cual la planificación del cuidado proporcione las características inequívocas del accionar de los profesionales de Enfermería.

Del mismo modo el 44% de la población quienes son los responsables de realizar las curaciones, cumplen a cabalidad con la preparación previa del equipo necesario para realizar este procedimiento. Cabe destacar que el proceso de curación de las úlceras por presión es asignado exclusivamente al personal auxiliar, que no posee los conocimientos técnico – científicos necesarios para la ejecución de este procedimiento, el 56% restante corresponde al personal encargado de realizar procesos administrativos y cuidados generales, que son ejecutados por personal profesional y auxiliares de Enfermería respectivamente.

El 40% de la población no cumple con la actividad de saludar y explicar el procedimiento al paciente, transgrediendo su derecho a ser informado acerca de los procedimientos que se le practiquen, 4% cumple con la actividad mencionada.

Del personal responsable de la curación tan solo 6 personas 24% realiza el lavado de manos antes y después de cada curación, por el contrario 5 personas 20% no lo realiza, convirtiéndose este en un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones que van a afectar el proceso de curación de la herida, generando mayores complicaciones y posiblemente aumentando el tiempo de estadía institucional.

Se puede evidenciar que el 84% de la población no realiza la tarjeta de horarios de cambios de posición en usuarios con alteración de la movilidad y solamente tres personas 12% cumple con esta actividad, lo cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión ya que al no tener un horario determinado para realizar los cambios de posición, los responsables de esta actividad las ejecutan en periodos irregulares favoreciendo la aparición de estas lesiones. El 4% restante corresponde a una persona que cumple la función de preparar los medicamentos.

¹⁰⁰GONZÁLEZ CONSUEGRA, Renata V. Gerencia del Cuidado. Liderazgo de la Enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. Av. Enf., XXV (1): 122-129, 2007.

Por otro lado el 92% de la población no realiza las actividades de masajes y lubricación de la piel y solamente una persona 4% cumple con esta actividad, por tanto el elevado incumplimiento de esta actividad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión. Cabe resaltar que en el protocolo se indica que los masajes y lubricación deben ser realizados sobre las prominencias óseas, concepto que se encuentra totalmente desactualizado puesto que según la GNEAUPP¹⁰¹ no se recomienda realizar masajes directamente en estos sitios, precisamente por aumentar el riesgo de debilitar aún más el tejido tegumentario.

De igual manera se puede determinar que el 24% realiza la curación cumpliendo con la técnica específica, pero es relevante que el 20% no realiza la curación según la técnica adecuada, demostrando que en gran parte la curación de las úlceras se realiza de forma inapropiada, impidiendo la evolución favorable de la lesión.

Adicionalmente, el 100% de la población encuestada, durante la entrega de turno no realiza la valoración de la integridad de la piel en los pacientes con alteración de la movilidad, dificultando la posibilidad de detectar signos de alteración de la integridad cutánea de manera oportuna, convirtiéndose en una situación silente que contribuye al desarrollo de las úlceras por presión, esta es una actividad básica a la hora de prevenir la aparición de esta patología.

Además, la tabla describe que el 64% de la población no brinda educación, ni pide apoyo a los familiares o acompañantes de los usuarios con alteración de la movilidad a la hora de realizar actividades inherentes al cuidado del paciente, como son los cambios de posición, lubricación y masajes; Solo el 32% del personal aplica estas actividades educativas, incentivando a la familia a involucrarse en el cuidado del paciente, preocuparse por su bienestar y apoyar la labor de cuidado del personal de enfermería, quienes debido a la carga laboral descuidan al cuidado del paciente. Por último, el 4% restante está representado por una auxiliar encargada de la preparación de los medicamentos, por tanto no se involucra en el proceso de educación a la familia de los pacientes con alteración de la movilidad.

Por otra parte se puede observar que 52% del personal, realiza el cambio del pañal manera oportuna a los pacientes con alteración de la movilidad y

¹⁰¹GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS (GNEAUPP). [En: www.gneaupp.es/](http://www.gneaupp.es/)

ausencia de control de esfínteres, y 44% de la población no cumple con esta actividad. Esta intervención contribuye a la disminución del riesgo de desarrollar úlceras por presión, se elimina en gran manera factores como la humedad, que incrementa el coeficiente de fricción entre la piel y la superficie de apoyo, aumentando el riesgo de daño por cizallamiento.¹⁰²

Además, 72% de la población proporciona comodidad y limpieza al paciente y 24% no cumple con el desarrollo de esta actividad; esto es un elemento importante a la hora de disminuir el riesgo de desarrollar una UPP ya que se garantiza un ambiente libre de humedad, sustancias contaminantes que puedan agravar la herida así como eliminar las superficies que puedan generar mayor presión en las prominencias óseas.

El 4% corresponde a una auxiliar que se encuentra encargada de la preparación de medicamentos, por tanto esta actividad no aplica para ella. Adicionalmente, el 84% de la población cumple al realizar los registros de los procedimientos e intervenciones en la historia clínica de cada paciente, 12% no cumplen con los registros en la historia, este porcentaje está representado por profesionales de enfermería dedicados a actividades administrativas, delegando el cuidado al personal auxiliar, quienes registran la evolución de los pacientes omitiendo información vital o aspectos relevantes relacionados con su estado patológico y recuperación. Es necesario recordar que la existencia de un protocolo de prevención de UPP, junto con el registro de las actividades realizadas, son una herramienta de protección legal ante una demanda por mala praxis¹⁰³.

Por último es posible observar que el 44% de la población que realiza curaciones, luego de realizar esta intervención, masajes y/o lubricación de la piel en los pacientes con alteración de la movilidad, disponen de los elementos utilizados de manera adecuada, desechando los materiales utilizados en los respectivos recipientes y la organización de otros elementos, situándolos en los lugares respectivos para favorecer el orden y su fácil acceso en otra oportunidad al momento de realizar otra intervención.

¹⁰²HERNANDEZ MARTINEZ, Elvira, Óp. Cit., p. 29

¹⁰³BARRIENTOS, Carolina, et al, Efectos de la Implementación de un protocolo de prevención de UPP en pacientes en estado crítico de salud. En: Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2005; Vol. 20,. p. 12-20.

9.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO CON EL INSTRUMENTO AGREE II

El AGREE II es un instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica que consiste en 23 ítems claves organizados en seis dominios, seguidos de 2 ítems de puntuación global («Evaluación global»). Cada dominio abarca una dimensión única de la calidad de la guía.¹⁰⁴

Es importante resaltar que la evaluación del protocolo de atención de enfermería en la prevención de úlceras por decúbito se llevó a cabo por los autores de esta investigación en donde solo se tuvieron en cuenta cinco de los seis dominios por considerarse que el último dominio, “independencia editorial” no es relevante en el proceso de evaluación del protocolo.

Tabla 12. Calificación de protocolo de atención de enfermería en prevención de úlceras por decúbito, teniendo en cuenta el instrumento AGREE II.

| DOMINIOS | Evaluadores | | | | Total | Valor máximo alcanzable |
|--|--|----|-----|----|-------|-------------------------|
| | I | II | III | IV | | |
| DOMINIO 1, Alcance y Objetivos | 5 | 7 | 8 | 7 | 27 | 84 |
| | 32% Puntuación estandarizada del dominio | | | | | |
| DOMINIO 2, Participación de los implicados | 4 | 3 | 4 | 7 | 18 | 112 |
| | 16% Puntuación estandarizada del dominio | | | | | |
| DOMINIO 3, Rigor en la elaboración | 8 | 12 | 8 | 8 | 36 | 194 |
| | 18% Puntuación estandarizada del dominio | | | | | |
| DOMINIO 4, Claridad de presentación | 3 | 7 | 3 | 3 | 16 | 84 |
| | 19% Puntuación estandarizada del dominio | | | | | |
| DOMINIO 5, Aplicabilidad | 4 | 8 | 8 | 4 | 24 | 112 |
| | 21% Puntuación estandarizada del dominio | | | | | |

¹⁰⁴ AGREE. Op. Cit., p. 13

La evaluación del dominio 1 incluye 3 ítems relacionados con la definición de los objetivos, los aspectos clínicos cubiertos por la guía y la población a la que se pretende aplicar la guía. Por tanto, según la tabla 12 de los 84 puntos posibles, que corresponde a la puntuación máxima para este dominio, se alcanzaron 27, que representan tan solo el 32% de cumplimiento para este dominio.

El dominio 2 evalúa la participación de los implicados en la elaboración de la guía con 4 ítems, en donde se determina la inclusión de los profesionales con la preparación adecuada para la elaboración de la misma, si se ha tenido en cuenta el punto de vista de los implicados, si se encuentra claramente definida la población objeto de la guía y si la misma ha sido probada entre esa población; por tanto de acuerdo a la tabla 12, de los 112 puntos posibles que constituyen la máxima puntuación para este dominio, el protocolo solamente recibió 18 puntos, que corresponden al 16% de cumplimiento para este dominio.

En el dominio 3 que se refiere a la rigurosidad en la elaboración del protocolo, se evalúa si para este se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia, los criterios de selección de la evidencia, los métodos utilizados para formular las recomendaciones, si estas han tenido en cuenta los efectos secundarios y los riesgos que puede implicar, si ha sido revisada por expertos externos, y si se incluye el procedimiento para su actualización. De forma similar a los dominios anteriores se puede determinar que se presentan falencias en cuanto a los ítems evaluados, puesto que de los 194 puntos posibles, el protocolo alcanzó una puntuación de 36, que corresponde tan solo al 18% de la puntuación máxima alcanzable.

Por otra parte en el dominio 4 que evalúa la claridad de la presentación de la guía teniendo en cuenta si las recomendaciones son específicas y no son ambiguas, si las opciones de manejo de la enfermedad son presentadas de forma clara y si las recomendaciones son fácilmente identificables, el protocolo recibió una puntuación de 16 de 84 puntos posibles, que se corresponden solamente al 19% de la puntuación máxima alcanzable.

El dominio 5 evalúa la aplicabilidad de la guía por medio de 4 ítems que hacen referencia a la presencia de herramientas para la aplicación de la misma, las barreras organizativas a la hora de aplicar las recomendaciones, los costos de aplicación de esas recomendaciones y si se ha ofrecido un criterio para realizar la auditoria de la guía, permitiendo demostrar las falencias respecto a la calidad de los contenidos y estructura del protocolo ya

que según la tabla 12 este dominio alcanzó tan solo 24 puntos de 112 posibles que corresponde al 21% de la puntuación máxima alcanzable.

Por último, teniendo en cuenta la baja puntuación alcanzada por el protocolo en los diferentes dominios que evalúa el AGREE II y la evaluación global del mismo, el grupo evaluador considera que el protocolo de atención de enfermería para prevenir úlceras por presión presenta una puntuación de calidad global de 2 en la escala de 1 a 7, siendo 1 la calidad más baja posible y 7 la calidad más alta posible, por consiguiente se considera el protocolo no cumple con las recomendaciones específicas para su utilización y aplicación como referencia en el momento de realizar las intervenciones o actividades inherentes al mismo.

10.DISCUSIÓN

La presencia de UPP se asocia a una mayor morbimortalidad en los pacientes, una prolongación de su estancia hospitalaria, un incremento de los costes y un aumento de la carga de trabajo de enfermería¹⁰⁵. Las UPP constituyen, por tanto, un importante problema de salud para todos los niveles asistenciales¹⁰⁶. Sin embargo, a pesar que se ha estudiado ampliamente su etiología, la aparición de UPP continúa siendo un problema sin resolver.

Para brindar un adecuado cuidado en la prevención y manejo de úlceras por presión por parte del personal de Enfermería, se hace necesaria la interacción de este con las guías o protocolos diseñados para direccionar sus actividades; es fundamental evaluar los procesos que están apoyados por protocolos o guías de práctica clínica, buscando determinar su grado de conocimiento y adherencia a los mismos.

Según los resultados obtenidos en el servicio de medicina interna, al momento de la recolección de los datos, se encontraron 37 usuarios hospitalizados, 32,43% presentaron alteración de la movilidad, con edades que oscilaron entre los 17 y 87 años con una media de 43,2, prevaleciendo en un 83,33% el sexo masculino, encontrándose similitud con el estudio de Bautista y Bocanegra¹⁰⁷ en 2009, en un servicio de medicina interna de una IPS de Bogotá, donde la mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino (55,7%) comparada con el sexo femenino (44,2%), resultados que se asemejan a los de este estudio.

Además, Hernández¹⁰⁸ (2012), asegura que la aparición temprana de UPP está muy relacionada con la edad avanzada; no obstante es reconocido que estas UPP afectan individualmente a todas las edades, incluyendo pacientes pediátricos donde prevalecen otros factores de riesgo, sin embargo, la evidencia de los estudios sobre factores de riesgo en pacientes adultos indican que el incremento de la edad aumenta la probabilidad de UPP en pacientes inactivos e inmóviles.

¹⁰⁵ RYCROFT-Malone J. Clinical Practice Guidelines. Improving practice: improving care. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001. London: Royal College of Nursing, 2001.

¹⁰⁶ SOLDEVILLA ,Javier, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10 (2): 75-87.

¹⁰⁷ BAUTISTA, Ingrid, y BOCANEGRA, Laura Óp. Cit., p. 87.

¹⁰⁸ HERNANDEZ MARTINEZ, Elvira, Óp. Cit., p. 34

Las principales patologías asociadas a deterioro de la movilidad física se encuentran relacionadas con alteraciones de tipo neurológico y vascular como TCE con un 16,7%, Amputación de alguna o varias extremidades 8,3% y ECV 8,3%, debido a las condiciones clínicas que desarrollan estas patologías, como inmovilidad y parálisis, ayudan a crear ambientes óptimos para el inicio de la hipoxia tisular, daño localizado en la piel y en los tejidos subyacentes causados por presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas, sobre todo en las prominencias óseas.¹⁰⁹

Además, siendo el TCE consecuencia de la alta accidentalidad registrada en el departamento del Huila, según el perfil epidemiológico de 2011¹¹⁰, los accidentes de tránsito se han convertido en un problema de salud pública en razón a su alta frecuencia e impacto sobre los años de vida saludables de la población, reportándose 1121 eventos en las primeras 25 semanas de 2011; por otro lado, hasta la semana 25 del mismo periodo epidemiológico se reportaron más de 500 casos de enfermedades metabólicas como la hipertensión y diabetes mellitus, donde la ECV constituye la principal consecuencia estas; resultados que coinciden con Verdú¹¹¹ o(2005), donde plasma que, los estados patológicos más prevalentes en su estudio, fueron las enfermedades neurodegenerativas (22,1%), Enfermedad Cerebro Vascular (14,2%), diabetes (12,7), HTA (11,7%) y patología venosa (10,2%).

Por otra parte, del 32% de la población que presentó alteración de la movilidad física, se logró determinar la evidencia de al menos un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión, destacando la inmovilidad y parálisis, el uso de sistemas de sondaje y la ausencia de cambios posturales como los principales factores de riesgo para presentar este tipo de lesiones, evidenciándose en el 100% de los pacientes con alteración de la movilidad, considerando estos como factores predisponentes extrínsecos de úlceras por presión pues se relacionan con el entorno del paciente¹¹²

En la totalidad de los pacientes se presentó ausencia de cambios posturales durante el turno de trabajo, demostrando un importante deterioro de la calidad de los cuidados de enfermería en la prevención y manejo de las

¹⁰⁹ European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. EPUAP y NPUAP. Op. Cit., p. 10

¹¹⁰ HUILA Perfil Epidemiológico Óp. Cit., 188

¹¹¹ VERDÚ S, José. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Tesis Doctoral. Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2012.

¹¹² SOLDEVILLA Javier. *et al.* Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Atención integral de las heridas crónicas, Madrid, 1ª Edición, 2004.

úlceras por presión. La presión causada en una zona del cuerpo por estar acostado o sentado puede ocasionar una deformación de los tejidos blandos, así como isquemia de la zona afectada, produciendo un estímulo doloroso que motivará el cambio de posición, pero en el contexto patológico existen diversas enfermedades y secuelas de las mismas que imposibilitan o disminuyen la movilidad física, por tanto el personal de salud debe suplir esa necesidad con el objetivo de favorecer el confort, la comodidad y disminuir la duración e intensidad de la presión sobre las áreas corporales vulnerables.¹¹³

El promedio de estancia hospitalaria de los 11 pacientes con alteración de la movilidad hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, fue de 28 días, en los cuales 7 de ellos desarrollaron Úlceras por presión en cualquiera de sus categorías, demostrando que el servicio de Medicina Interna cuenta con una alta incidencia de UPP, debido a las patologías manejadas en el mismo, esto reafirma los hallazgos de Martínez y Sánchez¹¹⁴ (2006) , en el servicio de Medicina Interna los paciente tienen mayor nesgo de padecer UPP por ser una unidad de hospitalización que tienen pacientes con más patologías crónicas, además Verdú¹¹⁵ (2005) afirma que las UPP pueden producirse en muy pocas horas y tardar meses en curarse, ocurriendo su mayor aparición en las primeras dos semanas de hospitalización más que durante toda la estancia.

Actualmente no se tiene determinado científicamente el periodo de tiempo optimo que debe transcurrir entre cada cambio postural ya que puede alargarse o acortarse según diversos factores propios de cada persona y de la superficie en la que esté posicionada,¹¹⁶ sin embargo el protocolo establecido en el servicio de Medicina Interna determina que los cambios posturales deben realizarse cada hora en forma secuencial: decúbito lateral izquierdo, decúbito dorsal, decúbito lateral derecho y decúbito prono, actividad que no se cumple acorde a lo descrito en dicho protocolo, realizando los cambios de posición según el criterio de cada persona, no teniendo en cuenta los tiempos transcurridos entre cada cambio y lo establecido por el protocolo.

Los resultados demuestran que los pacientes que presentaron UPP el 57,14% la desarrollaron en la región sacra, y el 42,87% restante corresponde a sitios como el trocánter, región occipital y otras zonas, las cuales se

¹¹³ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN O RIESGO DE Padecerlas, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2012.

¹¹⁴ MARTINEZ, J, SANCHEZ, J, Factores De Riesgo De Úlceras Por Presión En Pacientes Hospitalizados. Universidad Veracruzana, 2006.

¹¹⁵ VERDÚ S, José. Op. Cit., Pág. 23

¹¹⁶ RESTREPO MEDRANO, Juan. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida, , Tesis Doctoral, Alicante, Universidad de Alicante, 2010.

presentaron en iguales proporciones. Según Soldevilla¹¹⁷ (2007), distintas series epidemiológicas de diferentes países en los últimos años, señalan que, la región sacra, los talones y trocánteres son las localizaciones más frecuentes de las úlceras por presión, atribuyendo además, que padecer incontinencia urinaria y fecal supone tener un 22% más riesgo de padecer una UPP sacra, factor de riesgo que presentaron los pacientes de este estudio en un 75%.

En cuanto a las categorías de Úlceras por presión que presentaron estos pacientes, se describe que, 28,57% presentó Categoría I, 57,14% categoría II, y 14,29% categoría IV, sin evidenciarse categoría III. Lo anterior, coincide con el estudio realizado por Cabrera¹¹⁸ et al (2010), en este mismo servicio asistencial y en esta misma IPS, donde el 56% de la Ulceras por Presión se clasificaron de segundo grado y 44% de Primer grado. Claramente se evidencia que la incidencia de las úlceras por presión en los pacientes con alteraciones de la movilidad hospitalizados en este servicio, sigue siendo similar a la presentada en el 2010; sugiriendo que no se han tomado medidas correctivas orientadas a disminuir la incidencia y prevalencia de esta problemática presentada en el servicio de Medicina Interna de esta Institución.

Por otro lado, el profesional de Enfermería al ser el principal responsable de la prevención y detección de úlceras por presión, debe propender por brindar un cuidado integral y responder a las necesidades de cuidado que el ser humano desde los inicios de la historia ha demandado, porque cuidar es un acto de vida, que permite que la vida continúe (Sanhueza, 2001)¹¹⁹. Cuidar, es el resultado de una construcción propia de cada situación, se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas que demandan cuidado (Orrego, 2001)¹²⁰.

Los resultados describen que el personal de Enfermería que labora en el servicio de Medicina Interna, cuenta con edades que oscilan entre 20 y 52 años; prevaleciendo el sexo femenino en un 96% sobre el masculino 4%, estableciendo de esta manera que el personal se encuentra catalogado en la adultez media, población considerada productiva laboralmente.¹²¹

¹¹⁷ SOLDEVILLA , Javier J. Las úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética. Óp. Cit., p.40

¹¹⁸ CABRERA *et al.* Óp. Cit., p. 49

¹¹⁹ SANHUEZA, O. Op Cit., p. 2

¹²⁰ ORREGO SIERRA Silvia, ORTIZ ZAPATA Ana Cecilia. Op. Cit., 5. p.

¹²¹ HERNÁNDEZ P, Jenny E. et al. Satisfacción Laboral En El Personal De Enfermería De La E.S.E Hospital San Antonio De Soatá. Grupo de Salud Pública. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería Tunja. Boyacá. Colombia. 2010. Revista Salud, Historia y Sanidad.

La formación académica con la que cuenta el personal de Enfermería corresponde a un 84% a nivel técnico, 16% profesional y 4% Magister. Lo anterior sugiere que el acto de cuidar es delegado al personal técnico, que puede afectar la calidad brindada, teniendo en cuenta que este personal posee conocimientos y habilidades para el desarrollo de actividades de cuidado básicas para la atención de los usuarios del servicio.

Por otro lado, la presencia de un bajo porcentaje de profesionales hace necesario que estos asuman funciones administrativas que impiden el desarrollo de las actividades de cuidados propias de su quehacer, que se reflejan en la disminución de la calidad; como asegura Cortés de Téllez, et.,al¹²² (2010), el Sistema Educativo Colombiano, reconoce, únicamente, dos niveles de formación en Enfermería: auxiliar y profesional; este último, con posibilidad de formación posgraduada a nivel de especialización, maestría y doctorado. Sin embargo, el predominio numérico de Auxiliares de Enfermería, genera contratación adversa, pues se vincula talento humano menos calificado, con menor remuneración, para ejercer funciones de niveles que corresponden a quienes tienen niveles superiores de formación.

De acuerdo con Chivato¹²³ (2003), si se conoce que existe una variabilidad de la práctica clínica y se es consciente de que existe la posibilidad de avanzar en la búsqueda de soluciones mediante la utilización de guías de práctica clínica, merece la pena aprovechar esta vía para dar cumplimiento a esto; es fundamental conocer el grado de adherencia a los protocolos establecidos como guía para el desarrollo de las actividades de cuidado por parte del personal de enfermería.

Es así como se logró determinar que el 100% de la población estudiada afirma conocer la existencia de un protocolo de prevención y manejo de UPP en el servicio de Medicina Interna, demostrando que se ha difundido de manera exitosa dentro del proceso de inducción laboral o en las actividades de capacitación ejecutadas en el servicio.

Al correlacionar este hecho, con los conocimientos del protocolo, se puede inferir que en general, la población no tiene suficiente claridad de las funciones y contenidos establecidos en el mismo, no identifican plenamente la responsabilidad en determinadas acciones, como la programación y ejecución de los cambios de posición, realización de curaciones y registro en la historia clínica, las cuales aseguran que son actividades exclusivas del

¹²²CORTÉS DE TELLEZ, Rosaura, et al, Declaración Del Consejo Técnico Nacional De Enfermería "Sobre El Deterioro De Las Condiciones Laborales Del Profesional De Enfermería En Colombia, Actualizaciones en Enfermería 2010;13(3):28-35.

¹²³ CHIVATO T. Óp. Cit. 117

personal auxiliar, hechos que no coinciden totalmente con lo concertado en el protocolo. Este describe que la programación y ejecución de cambios de posición es responsabilidad del personal profesional de Enfermería, el mantenimiento del orden, limpieza de la unidad y el realizar la curación es estrictamente función del personal auxiliar.

Contrario a esto, la población atribuye el 88% de responsabilidad al personal auxiliar en cuanto a programación y ejecución de cambios de posición, cuando el protocolo establece que la responsabilidad es compartida. En relación a la responsabilidad de la realización de las curaciones, 48% manifiesta que es deber del personal auxiliar, lo cual coincide con lo mencionado en el protocolo, mientras que el 40% dice que por su nivel de complejidad debe ser realizada por personal profesional de Enfermería, aunque no es acorde a lo mencionado en el protocolo, puede sugerir que se reconoce que esta actividad debe ser realizada por personal idóneo y capacitado, como lo manifiesta González (2007)¹²⁴, “es el profesional de Enfermería el personal idóneo para realizar un cuidado óptimo de las heridas, porque es el, quien tiene y conoce los elementos requeridos para llevar a cabo este proceso exitosamente”.

Por otro lado, el personal auxiliar manifiesta que en la práctica, todas las funciones mencionadas en el instrumento son realizadas por ellas, las respuestas de dichas preguntas se ven influenciadas por las labores y responsabilidades cotidianas, no por su conocimiento de lo señalado en el protocolo. Esto nos demuestra que las actividades administrativas del personal profesional de Enfermería ha desplazado la responsabilidad de brindar cuidado de Enfermería, que en últimas es la esencia de la profesión. Las nuevas tareas administrativas han hecho que los cuidados propios de enfermería, considerados "una actividad sagrada e indelegable", queden en manos del personal auxiliar y técnico, convirtiéndose en una limitante a la hora de valorar el estado de salud, planear el cuidado y fortalecer la relación enfermera-paciente.

En algunas ocasiones se llega al extremo en que los pacientes y sus familiares no tienen la oportunidad de conocer a los "jefes de los servicios", como se les denomina en Colombia, porque el contacto directo con ellos es escaso y se limita a la ejecución de actividades médico-delegadas, como la administración de los medicamentos¹²⁵. Esta situación se opone al desarrollo

¹²⁴ GONZÁLEZ C, Renata V. Óp., Cit. P. 124

¹²⁵ MORENO-F, María E. Para retomar el rumbo: menos procesos administrativos y más cuidado humano. Revista AQUICHAN - ISSN 1657-5997. AÑO 9 - VOL. 9 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - AGOSTO 2009 « 124-126

del conocimiento en enfermería, marcado desde finales del siglo XIX por Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, quien demostró con datos estadísticos cómo el cuidado de enfermería centrado en optimizar las condiciones del ambiente es fundamental para la recuperación de la salud, como lo planteó en sus "Notas de enfermería", en las que señaló la esencia de la profesión y que hoy, más que nunca, constituye un legado que no podemos desconocer, a pesar de los importantes procesos administrativos que adelantan las instituciones de salud.¹²⁶

Ahora bien por tradición, por conocimientos, por legislación, es legítimo que el cuidado de las personas con las heridas sea liderado, gerenciado y ejercido ayer, hoy y a futuro, por el profesional de enfermería, por cuanto es quien siempre ha puesto en práctica, -en virtud de su conocimiento-, diferentes procesos que le han servido como herramienta para cualificar en forma idónea y prospectiva el cuidado de la persona, que por su condición de salud, lo ha requerido, así: el proceso de enfermería, el proceso administrativo, el proceso epidemiológico, el proceso investigativo y otros, los cuales exigen en la praxis y a partir de la teoría de un rigor científico, sistematización, compromiso y un sistema de información muy acertado y consolidado. Todo ello para llegar a la gerencia del cuidado, cuyo fin único estaría encaminado a contribuir para mejorar la calidad de vida de la persona a través del autocuidado, determinado por la condición de salud y sus apoyos sociales y familiares¹²⁷.

De otra manera, 80% del personal indica utilizar el protocolo frecuentemente o siempre, lo que permite inferir que deberían tener una comprensión clara de los contenidos del protocolo debido a la alta frecuencia de su utilización, lo cual no coincide con los resultados correspondientes a los conocimientos relacionados con el mismo, mencionados anteriormente. Además, respecto al conocimiento de la escala de valoración de riesgo de desarrollar UPP utilizada en el protocolo de prevención, el 92% del personal señala no conocer la EVRUPP determinada por el protocolo; el 8% restante coincide con lo escrito en el mismo al afirmar que este no utiliza ninguna escala de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión, herramienta, que según el GNEAUPP¹²⁸ (2009), constituye un aspecto clave en la prevención, puesto que supone la aplicación de más intervenciones, preventivas, eficientes y de forma precoz.

¹²⁶ *Ibíd.*, pág.: 124

¹²⁷ González C, Renata V. *Óp.*, Cit. Pág. 124.

¹²⁸ GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS (GNEAUPP). Disponible [En: www.gneaupp.es/](http://www.gneaupp.es/)

Adicionalmente a lo anterior, el personal confirma que utiliza el protocolo con una alta frecuencia, asegura además que lo aplica como herramienta preventiva, diagnóstica y de tratamiento para las UPP, aseveración que no coincide, cuando al momento de realizar los cambios de posición el 56% de la población expresa tener en cuenta el juicio clínico más no lo instaurado en el protocolo.

Aunque el personal señala que al utilizar el protocolo de prevención lo realiza con fines preventivos, los resultados arrojan que al momento de la entrega y/o recibo de turno, no se realiza una valoración de la integridad de la piel, hecho que conlleva a sospechar que no se detectan signos de alteración de la integridad cutánea de manera oportuna, convirtiéndose en una situación silente que contribuye al desarrollo de las úlceras por presión. Como señala Soldevilla (2007), Realizar una inspección sistemática de la piel (de la cabeza a los pies) a los pacientes de riesgo, observando especialmente las zonas de prominencia ósea, al menos una vez al día, es el prólogo obligado de este proceso de cuidados. Esta valoración puede realizarse en el momento de la higiene del paciente, haciendo un gran hincapié en la valoración de las prominencias óseas, vigilando los puntos de apoyo específicos según la posición del paciente (sacro, coxis, codos, talones, caderas, omóplatos, isquion, etc...). Las zonas lesionadas con anterioridad, si las hubiera, precisarán una vigilancia más estrecha, ya que son más susceptibles de desarrollar nuevas lesiones.

Al 44% del personal auxiliar que labora en el servicio de Medicina Interna se ha asignado la actividad de curación de heridas, del cual, 40% transgrede el derecho de los pacientes a ser tratados de forma digna, al no saludarlos y no informarlos acerca de los procedimientos que se le practiquen, olvidando uno de los objetivos del cuidado, que es contar siempre con la colaboración del individuo y su familia, y en la medida de lo posible permitir a la persona ser participe directo de su atención, no se puede olvidar que el cuidado y tratamiento de las personas con UPP ha de ser dinámico e interdisciplinar ya que la etiología de estas condiciona las actuaciones a realizar con el objetivo de conseguir la cicatrización en el menor tiempo posible, evitando al máximo las posibles complicaciones y mejorar la eficiencia de los tratamientos.¹²⁹

Por otro lado, se determinó que 20% del personal no realiza el lavado de manos antes de realizar el proceso de curación de la úlcera, constituyendo

¹²⁹ GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN O RIESGO DE PADECERLAS, Óp. Cit., 37

un factor de riesgo para la diseminación de infecciones y creación de ambientes óptimos para favorecer la infección, agravando la cronicidad de la herida, como lo manifiesta Miranda y Navarrete¹³⁰ (2008) la sepsis ocasiona en el mundo 1.400 muertes cada día, muchos de estos pacientes adquieren la infección estando hospitalizados y constituye la complicación intrahospitalaria más frecuente. La infección nosocomial de pacientes por las manos contaminadas del personal de salud es una de las formas de diseminación de los agentes infecciosos.

En la actualidad, la higiene de las manos es el factor individual más importante para el control de las infecciones. Aún en nuestros días, el lavado de manos es realizado sólo de un tercio a la mitad de lo frecuente que debería ser hecho. En la actualidad, es difícil entender que un hecho tan rutinario en la práctica de la atención en salud, como lavarse las manos, previo a examinar a un paciente, haya causado tanta controversia e, incluso, oprobio a la persona que lo planteó como una medida básica para la atención de un enfermo¹³¹.

Estos datos corroboran que 20% de la población no realiza la curación cumpliendo con la técnica específica, realizando la curación de forma inapropiada al evidenciarse errores en la postura de guantes estériles y manipulación de elementos limpios, de acuerdo con Casamada¹³² (2002) la lucha contra la infección debe hacer énfasis en la limpieza de manos, de instrumental y la correcta realización de técnicas y procedimientos constituyendo las piedras angulares de la prevención de infecciones.

Para llevar a cabo las actividades descritas anteriormente, se ha establecido un protocolo de manejo y prevención de úlceras por presión en el servicio de Medicina Interna; herramienta que ayuda a la toma de decisiones entre el personal de la salud y pacientes, respecto a los cuidados en salud, en circunstancias clínicas específicas¹³³, en este caso el manejo y prevención de UPP. El proceso de elección de un protocolo o Guía de Práctica Clínica (GPC) incluye no sólo la búsqueda de la misma, sino que requiere, además, una valoración de la calidad de su contenido, pues a menudo el profesional

¹³⁰ MIRANDA C, Marcelo y NAVARRETE T, Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol. [online]. 2008, vol.25, n.1 [citado 2013-06-01], pp. 54-57 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0716-1018. doi: 10.4067/S0716-10182008000100011.

¹³¹ *Ibíd.*, pág.: 55

¹³² CASAMADA N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿Dónde?, ¿cuándo? Y ¿por qué? Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.

¹³³ AGREE Óp. Cit., 7

se encuentra ante protocolos, informes y guías de distinta procedencia y con recomendaciones diferentes e incluso contradictorias.¹³⁴

Por lo anterior, se puede decir que los protocolos y las GPC, en concepto de calidad, abarcan el señalamiento adecuado de los sesgos potenciales del desarrollo de las guías y que sus recomendaciones sean válidas tanto interna como externamente, con la posibilidad de llevarse a la práctica. Este proceso incluye valorar los beneficios, daños y costos de las recomendaciones, así como los aspectos prácticos que suponen. Por tanto, la evaluación incluye juicios acerca de los métodos utilizados en el desarrollo de las guías, el contenido de las recomendaciones finales y los factores relacionados con su aceptación¹³⁵.

De acuerdo a los ítems que incluye el AGREE II, se analizaron cada una de las áreas que compone el protocolo, observándose que:

El dominio 1 incluye 3 ítems relacionados con la definición de los objetivos, los aspectos clínicos cubiertos por la guía y la población a la que se pretende aplicar la misma, es decir, todos lo que se refiere al propósito general de la guía. Al evaluarse se encontró la descripción de los objetivos sin evidenciarse beneficios esperados y población diana a tener en cuenta para la aplicación, criterios que aportaron una baja puntuación para este dominio, dando como resultado una baja calidad. De los 84 puntos posibles, que corresponde a la puntuación máxima para este dominio, se alcanzaron 27.

En cuanto a los profesionales que participan en alguna fase del proceso de elaboración de la guía, no se tiene ningún tipo de información, ya que la guía no aclara en ninguno de sus componentes quienes han contribuido a la redacción de esta, si existe algún grupo de investigación encargado de seleccionar y revisar/calificar la evidencia y/o los individuos encargados de formular las recomendaciones finales, (componente que tampoco existe en la guía). Por otro lado, no hay información sobre las experiencias de la población diana y sus expectativas acerca de la atención brindada con este protocolo, sin embargo, probablemente lo hayan hecho en algún momento y no se ha registrado en este; esto le dio como puntuación final a la guía 18 puntos de 112 posibles.

¹³⁴ RODRÍGUEZ N, Lidia M. Algunos apuntes sobre guías de práctica clínica. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2010;16(3):311-17

¹³⁵Ibíd. Pág., 311

Por otro lado, la aplicabilidad de la guía hace referencia a la presencia de herramientas para la aplicación de la misma, las barreras organizativas a la hora de aplicar las recomendaciones, los costos de aplicación de esas recomendaciones y si se ha ofrecido un criterio para realizar la auditoria de la guía, al realizar la evaluación de este dominio no se encontró ningún fundamento teórico donde soporte cada uno de estos criterios, permitiendo demostrar la ineficiencia para ser aplicada, ya que Brouwers (2009)¹³⁶, asegura que, para que una guía sea efectiva y se pueda aplicar, además necesita ser diseminada e implementada mediante materiales adicionales. Estos pueden incluir, un documento resumen, una guía de consulta rápida, herramientas educativas, resultados de una prueba piloto, folletos para pacientes o soporte informático, elementos con los que no cuenta el protocolo establecido. Por lo anterior, este dominio alcanzó tan solo 24 puntos de 112 posibles que corresponde al 21% de la puntuación máxima alcanzable.

Respecto a la rigurosidad en la elaboración del protocolo alcanzó, una puntuación de 36 puntos de la puntuación máxima alcanzable, puesto que no aporta detalles de la estrategia utilizada para la búsqueda de la evidencia, criterios de inclusión/exclusión de la evidencias identificada mediante la búsqueda, descripciones sobre las fortalezas y las limitaciones de las evidencia; no hace una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones y cómo se ha llegado a las decisiones finales para plasmar los contenidos presentados. Además, no considera cuales son los beneficios en salud, efectos secundarios y riesgos cuando se formulan las recomendaciones, ya que estas no existen. De igual manera, no se menciona quienes fueron los revisores expertos en el área clínica y en la metodológica encargados de evaluar la guía antes de su publicación, los cuales no deben haber estado implicados en el grupo elaborador.

Así mismo, la guía no refleja el estado actual de la investigación que proporcione una clara descripción del procedimiento de actualización, por ejemplo, un cronograma o un panel permanente que reciba regularmente actualizaciones de búsquedas bibliográficas y se realice los cambios requeridos¹³⁷, esto se evidencia en su contenido obsoleto y descontextualizado, lo que posiblemente conlleva a un déficit del cuidado brindado; resultados que coinciden con Hernández¹³⁸ (2012), donde asegura que casi la mitad de la guías evaluadas en su estudio, tienen una puntuación muy baja en cuanto el rigor en la elaboración, una de las áreas de mayor

¹³⁶ AGREE. Op. Cit., p. 40

¹³⁷ *Ibíd.*, p. 33

¹³⁸ HERNANDEZ M, Elvira, Óp., Cit. Pág: 80

importancia para la calidad de las guías y que además puede repercutir sobre la correcta práctica clínica.

De igual modo, la rigurosidad de la elaboración de la guías de práctica clínica se encuentra especificada en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano¹³⁹ (2010), las cuales deben contener los siguientes elementos:

1. Índice
 2. Autoría
 3. Introducción
 - a. Responsabilidades y financiación
 - b. Miembros del GDG
 - c. Participación de pacientes y cuidadores
 - d. Información epidemiológica general, aspectos clínicos generales
 - e. Desenlaces
 - f. Alcance y objetivos de la GPC
 4. Metodología
 - a. Revisión de la evidencia
 - b. Síntesis de la evidencia
 - c. Graduación de la evidencia
 - d. Áreas sin evidencia y metodologías de consenso
 - e. Proceso de creación de recomendaciones
 - f. Guías relacionadas
 5. Recomendaciones clínicas
 - a. Afirmaciones de la evidencia
 6. Cronograma de revisión
 7. Referencias
 8. Anexos: Tablas de evidencia, detalles de las búsquedas
- Para finalizar, de acuerdo a la evaluación global que permite realizar el AGREE II, el grupo evaluador considera que el protocolo de atención de enfermería establecido en el servicio de Medicina Interna, para prevenir úlceras por presión, presenta una puntuación de calidad global de 2 en la escala de 1 a 7, siendo 1 la calidad más baja posible y 7 la calidad más alta posible, por consiguiente se considera este protocolo no recomendable para su utilización y aplicación como referencia en el momento de realizar las intervenciones de prevención manejo y de Úlceras por Presión.

¹³⁹ COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL – COLCIENCIAS .Guía Metodologica para la elaboracion de Guias Atencion Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano,.ISBN: 978-958-8361-81-9 Bogota, Colombia Mayo de 2010.

11.CONCLUSIONES

En relación a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna se puede concluir.

- 32,43% de los pacientes hospitalizados presentaron alteración de la movilidad, reconociendo esta como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión.

- De los 11 pacientes con alteración de la movilidad 7 desarrollaron úlceras por presión, especialmente en categorías I y II, prevaleciendo la región sacra como la ubicación más frecuente, el 85,71% se desarrolló en el servicio de Medicina Interna, con un tiempo promedio de hospitalización de 28 días.

- Las edades de los pacientes oscilan entre los 17 y 87 años, demostrando que la alteración de la movilidad se puede presentar en cualquier grupo etario, como secuela principalmente de TCE y Amputaciones, producto de la alta accidentalidad de tránsito en población joven y como secuela de enfermedades crónicas y cerebrovasculares principalmente en la población en edad avanzada, siendo el sexo masculino con 83,33% el más afectado comparado con el sexo femenino 16,67%.

- Los principales factores de riesgo extrínsecos para desarrollar úlceras por presión son: inmovilidad y parálisis, ausencia de cambios posturales, uso de sondajes y la incontinencia urinaria y fecal, coincidiendo estos con diferentes referencias nacionales e internacionales.

En relación al personal de enfermería que labora en el servicio de medicina interna se puede concluir.

- El promedio de edad del personal de enfermería es de 31,4 años, prevaleciendo el sexo femenino (96%) ampliamente sobre el masculino (4%), presentando, el 84% formación técnica y 16% formación profesional.

- 80% tiene vinculación laboral en el servicio mayor a 26 meses, con un promedio de 181,44 horas laboradas al mes, sugiriendo que cuentan con amplia experticia, habilidades y destrezas que les permite ejecutar

adecuadamente las acciones necesarias para satisfacer las demandas de cuidado de los usuarios del servicio.

- El 100% afirma conocer la existencia del protocolo de atención de enfermería para prevenir las úlceras por presión, demostrando que el proceso de difusión de los protocolos se realiza de manera efectiva por parte de la Institución, a pesar de esto no se evidencia suficiente claridad acerca de los contenidos del protocolo.

- Se presenta bajo grado de adherencia y cumplimiento del protocolo debido a que las acciones ejecutadas al momento de realizar actividades relacionadas con la prevención y manejo de UPP, estas no se ejecutan de acuerdo a lo descrito en el protocolo, sino según el juicio clínico de quien las realiza.

- El personal profesional se encarga principalmente de funciones administrativas, delegando actividades asistenciales propias de su quehacer a personal con capacitación técnica, disminuyendo así la calidad del cuidado brindado, por no contar estos últimos con una base científica que soporte la complejidad que requieren este tipo de intervenciones.

- El cuidado de las personas con heridas crónicas debe ser liderado, gerenciado y ejercido por el profesional de enfermería, por cuanto es quien tiene los conocimientos, las habilidades y los elementos adecuados para planear, ejecutar y evaluar los procesos que orientan a mejorar la calidad de vida de los sujetos objeto de cuidado.

- No se cuenta con sistemas de notificación y seguimiento de úlceras por presión en el servicio, por lo tanto no se tienen estadísticas correctas que ayuden a adoptar medidas preventivas que mitiguen la aparición y desarrollo de UPP.

En relación a la evaluación del protocolo establecido en el servicio de Medicina Interna, se puede concluir:

▪La implementación de protocolos y guías de práctica clínica ayudan a disminuir la variabilidad clínica, proporcionan seguridad legal a los profesionales que las aplican, constituyen elementos de utilidad educativa permitiendo mejorar el conocimiento relacionadas con alternativas terapéuticas e identificar el papel de cada uno de los actores implicados en la asistencia.

▪El dominio donde más baja calidad presenta el protocolo es la de Rigurosidad en la elaboración, correspondiendo al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y su actualización, siendo esta, una de las áreas de mayor trascendencia para la calidad de las guías y que además puede repercutir sobre la correcta práctica clínica.

▪El dominio 1, Alcance y objetivos presenta la mayor calificación de calidad, relacionando la definición de los objetivos, los aspectos clínicos cubiertos por la guía y la población a la que se pretende aplicar la misma, sin asegurar con esto que se dé un cumplimiento óptimo a los ítems anteriores, puesto que se encuentran desarrollados parcialmente en el contenido del protocolo.

▪El protocolo establecido no cuenta con los requerimientos básicos mínimos especificados en la Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (2010).

▪La evaluación global del protocolo permite determinar que presenta una puntuación de calidad global de 2 en la escala de 1 a 7, siendo 1 la calidad más baja posible y 7 la calidad más alta posible considerando este protocolo como no recomendable para su utilización y aplicación.

12. RECOMENDACIONES

A nivel Institucional

- Reconocer la importancia de implementar un protocolo de prevención de UPP, que incluya una escala de valoración de riesgo probada estadísticamente y con buen nivel de evidencia para evaluar a pacientes en riesgo, además, que cumpla con criterios de calidad nacionales siendo difundido y utilizado por el personal asistencial de todos los servicios de la institución.

- Se sugiere, la realización de un estudio de prevalencia de úlceras por presión que incluya todas las unidades y servicios de la institución, para determinar estadísticas concretas de este tipo de lesiones en sus cuatro categorías, realizando seguimientos durante toda la estancia hospitalaria que permitan evaluar en forma más efectiva el impacto de un protocolo de prevención y manejo de úlceras por presión.

- Diseñar, ejecutar y evaluar un programa liderado por el personal de enfermería, que brinde educación continua y apoyo psicológico y técnico para el paciente y la familia que se enfrentan al reto de cuidar la persona con riesgo de desarrollar úlceras por presión.

A nivel Profesional:

- El personal de enfermería que ejerce funciones asistenciales debe fortalecer sus conocimientos con relación a la prevención y manejo de úlceras por presión, a fin de optimizar el cuidado y los recursos tanto de la institución como del paciente y su familia.

- Liderar, promover y ejecutar los programas de prevención de desarrollo de úlceras por presión y manejo de heridas crónicas, reconociendo que son los profesionales de Enfermería quienes cuentan con los conocimientos y recursos realizar estas actividades.

- Fomentar la participación interdisciplinaria y equitativa en el proceso de prevención y manejo de úlceras por presión.
- Fomentar la interacción enfermero-paciente, retomando la esencia de la profesión de enfermería, el cuidado, apoyando y vinculando no solo al paciente sino también a la familia en el proceso de prevención y recuperación.

A nivel Académico:

- Implementar una cátedra de prevención y manejo avanzado de heridas en el plan de estudios del programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, en el que se permita al futuro profesional visualizar, liderar y empoderarse de los procesos de atención de personas con heridas y úlceras.
- Evitar que los protocolos y guías de práctica clínica elaborados por estudiantes de pregrado como parte de los trabajos propios de las diferentes rotaciones prácticas clínicas, sean apropiados por la institución de práctica, por considerarse que estos documentos son elaborados en muy poco tiempo y sin la rigurosidad ni calidad necesaria para su implementación en un servicio hospitalario de IV nivel de complejidad.

Otras recomendaciones:

- Durante el proceso de recolección de información de estudios semejantes a este, no se recomienda el diligenciamiento de los instrumentos por parte de la población a analizar, de manera independiente, es decir, en momentos en que se encuentre fuera de la institución o no cumpliendo con su horario de trabajo, puesto que los formularios se pueden extraviar o las personas pueden olvidar diligenciarlos.
- Realizar las búsquedas de literatura en bases de datos, páginas de organizaciones, revistas, bibliotecas o blogs virtuales reconocidos nacional e internacionalmente, esto garantiza una mayor probabilidad de encontrar artículos y/o documentos de gran calidad científica.

BIBLIOGRAFÍA

AGREE NEXT STEPS CONSORTIUM. El Instrumento AGREE II Versión electrónica. 2009. Consultado «11, septiembre, 2012», de <http://www.agreetrust.org>; Versión en español: <http://www.guiasalud.es>

ALEMANY M, Carmen. Estudio comparativo de guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea. ENFERMERÍA dermatológica • Nº 13-14 mayo-diciembre 2011

ALARCON Z. D I. Características epidemiológicas de las úlceras por presión en el Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. 2002

ARGOMANIZ, Juana. Estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales de Osakidetza. En: Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 767-782, 2009 ISSN: 1989-5305.

ARIAS T, Dolly. Características de profesionales y auxiliares de enfermería del Huila. 2010. *av.enferm.*, XXX (2): 56-66, 2012.

AYORA TORRES, Pilar, et al Protocolo de cuidado en úlceras por presión. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería, División de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.

BARRIENTOS, Carolina, *et al*, Efectos de la Implementación de un protocolo de prevención de UPP en pacientes en estado crítico de salud. En: Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2005; Vol. 20, p. 12-20

BARRIENTOS, Carolina, et al, Efectos de la Implementación de un protocolo de prevención de UPP en pacientes en estado crítico de salud. En: Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2005; Vol. 20,. p. 12-20.

BAUTISTA M. Ingrid E. y BOCANEGRA VARGAS, Laura A. Prevalencia y Factores Asociados de las Úlceras por presión en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Neurología y Cuidados Intensivos de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de III Nivel. Trabajo de grado Enfermeras. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería Clínica. 2009. p: 101.

BERNAL RUIZ, Diana C.y GARZÓN, Natalia. Eventos Adversos Durante La Atención De Enfermería En Unidades De Cuidados Intensivos. Trabajo de grado de Especialista en Cuidado Crítico. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Especialización En Cuidado Crítico. 2008. p: 155.

CABRERA, Natalia *et al.* Eventos adversos de referencia para prestadores de servicios de salud relacionados con la atención de Enfermería en el servicio de medicina interna, Hospital Universitario Hernando Moncaleano. Trabajo de grado Enfermeras. Neiva, Huila. Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud. Programa de Enfermería. 2010. p: 75.

CAÑÓN ABUCHAR, Hilda María; ADARVE BALCAZAR, Marcela y CASTAÑO DUQUE, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>

CARBALLO CARO. Juan Manuel, *et al*, Protocolo De Prevención Y Tratamiento De Las Úlceras Por Presión En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital General. HHUUVR

CASAMADA N, Ibáñez N, Rueda J, Torra JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas, ¿Dónde?, ¿cuándo? Y ¿por qué? Barcelona: Laboratorios SALVAT, 2002.

CHIVATO, T. Calidad y protocolos clínicos; Alergol Inmunol Clin 2003; 18:117-118. En <http://revista.seaic.es/junio2003/117-118.pdf>

COLLIÉRE, M.F. Promover la vida, De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería, Madrid: Mc Graw-Hill Intera-mericana Editores S.A. 1993. p. 395.

COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL – COLCIENCIAS .Guia Metodologica para la elaboracion de Guias Atencion Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano,.ISBN: 978-958-8361-81-9 Bogota, Colombia Mayo de 2010.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266 (Enero 25 de 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Bogotá, D.C., 1996. No. 42.710. p. 1-14.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA., Ley 2663 (5 de agosto de 1950) CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, artículos 161 – 165. Diario Oficial No 27.622. Bogotá, D.C

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Paquetes Instruccionales, Guía Técnica: “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención de salud., Bogotá. D.C.: El Ministerio, 2002, 52 p

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en las áreas de la salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS, Bogotá junio de 2005.

COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DE DOCUMENTOS CLÍNICOS. GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS Normas para la acreditación de documentos clínicos. (Procedimientos, protocolos, manuales, guías de práctica clínica y otros).. Cádiz, España. p: 8.

CORTÉS DE TELLEZ, Rosaura, *et al*, Declaración Del Consejo Técnico Nacional De Enfermería “Sobre El Deterioro De Las Condiciones Laborales Del Profesional De Enfermería En Colombia, Actualizaciones en Enfermería 2010;13(3):28-35.

DIAZ DE DURANA-SANTA COLOMA, Susana; AYLLON-GARRIDO, Nuria y LATORRE-GARCIA, Kepa. Evolución de la incidencia de las úlceras por presión tras la mejora de un protocolo de prevención en cuidados intensivos. En:

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. 26 p.

GARCÍA FERNÁNDEZ, Francisco Pedro, *et al*. Anecdotario histórico de las heridas crónicas: Personajes ilustres que la han padecido. En Revista Rol de Enfermería, 2009, Vol. 31 no. 1,. P. 60-3 GEROKOMOS [online]. 2008, vol.19, n.4, p. 55-60. ISSN 1134-928X.

GARCIA FERNANDEZ, Francisco Pedro; *et al*. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. GEROKOMOS [online]. 2008, vol.19, n.3, pp. 136-144. ISSN 1134-928X

GNEAUPP. GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Clasificación Estadaje de las úlceras por presión. Logroño. [Internet] 2003. En: http://www.gneaupp.es/app/adm/documentos-guias/archivos/4_pdf.pdf

GOBERNACIÓN DEL HUILA. Secretaría de salud Departamental, Perfil Epidemiológico Primer Semestre de 2011. Departamento del Huila.

GONZÁLEZ CONSUEGRA, Renata V. Gerencia del Cuidado. Liderazgo de la Enfermera en el cuidado de la persona con alteración de los tejidos. Av. Enf., XXV (1): 122-129, 2007.

GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003

GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS. Normas para la acreditación de documentos clínicos. (Procedimientos, protocolos, manuales, guías de práctica clínica y otros). Cádiz, España. p: 8.

GRUPO NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y ASESORAMIENTO EN ÚLCERAS POR PRESIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS (GNEAUPP). En: www.gneaupp.es/

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA: Prevención Y Tratamiento De Úlceras Por Presión Y Otras Heridas Crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria Sanitat.2008

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN O RIESGO DE Padecerlas, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, 2012.

HERNANDEZ MARTINEZ, Elvira, Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales. Tesis Doctoral. Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2012. 207p.

HERNÁNDEZ P,Jenny E. et al. Satisfacción Laboral En El Personal De Enfermería De La E.S.E Hospital San Antonio De Soatá. Grupo de Salud Pública. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería Tunja. Boyacá. Colombia. 2010. Revista Salud, Historia y Sanidad.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, et al, Metodología de la Investigación, McGraw-Hill Interamericana. Cuarta edición, Capítulo 7.

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, Manual de procedimientos de Enfermería.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Protocolo De Cuidados En Úlceras Por Presión., Área de Enfermería; Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Córdoba. Argentina. 2000. p: 46.

IZQUIERDO MORALES, Felicitas. Relación entre riesgo e incidencia de úlceras por presión en el adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Trabajo de grado Especialista en Enfermería Intensivista Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana E.a.p. de Enfermería. 2005. 70 p.

JIMENEZ RODRIGUEZ, Cathery. Marjorie. y HINCAPIE SOTO, Gina, Lorena. Intervenciones y Contexto de Cuidado Para La Prevención De Úlceras Por Presión En Adultos Hospitalizados en Dos Instituciones de III Nivel de Atención en Bogotá. Trabajo de grado de enfermeras. Bogotá D.C. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Enfermería. Departamento de Enfermería Clínica. 2009. p. 60

LOBO, Alexandrina. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. En: Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología., 2008; Vol.11 p:405-418

MARTÍN MUÑOZ P y RUIZ-CANELA J. Guías de práctica clínica (I): conceptos básicos. Evid Pediatr. 2008;4:61

MARTINEZ, J, SANCHEZ, J, Factores De Riesgo De Ulceras Por Presión En Pacientes Hospitalizados. Universidad Veracruzana, 2006.

MESA, L, Romero, M. Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. Bogotá (Colombia), 12 (2): 55-92, julio-diciembre de 2010.

MIRANDA C, Marcelo y NAVARRETE T, Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol. [online]. 2008, vol.25, n.1 [citado 2013-06-01], pp. 54-57 . Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0716-1018. doi: 10.4067/S0716-10182008000100011.

MORENO-F, María E. Para retomar el rumbo: menos procesos administrativos y más cuidado humano. Revista AQUICHAN - ISSN 1657-5997. AÑO 9 - VOL. 9 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - AGOSTO 2009 « 124-126

OCHOA Carlos. Diseño y evaluación de protocolos clínicos. Nuevo Hospital 2002. Vol II. N°5. 1-21.

ORREGO SIERRA Silvia y ORTIZ ZAPATA, Ana Cecilia. Calidad del cuidado de Enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 2001;19(2):78

ORTIZ, Z. (2003). Dimensión del servicio de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería, Universidad de Antioquía, Vol. XXI, N° 1,86-96.

PROYECTO DE ACUERDO No. 005 DE 2005, "Por El Cual Se Prohíbe En El Distrito Capital La Discriminación Laboral Por Edad, Bogotá, Enero de 2005.

RESTREPO MEDRANO, Juan. Instrumentos de monitorización clínica y medida de la cicatrización en úlceras por presión (UPP) y úlceras de la extremidad inferior (UEI). Desarrollo y validación de un índice de medida, , Tesis Doctoral, Alicante, Universidad de Alicante, 2010.

REYES LUNA, Juan; JARA CONCHA, Patricia, y MERINO ESCOBAR, José M. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. En: Revista Ciencia y enfermería. 2007. Vol.13, no.1 p.45-57.

ROLDÁN VALENZUELA, Andrés. Ulceras.net. Entidad propietaria del sitio web: ulceras.net. Escalas de valoración de riesgo de UPP. Consultado el 2 de septiembre del 2011. En: www.ulceras.net

RYCROFT-Malone J. Clinical Practice Guidelines. Improving practice: improving care. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001. London: Royal College of Nursing, 2001.

SANHUEZA, O. El cuidado: Necesidad de investigar en Enfermería. Revista Ciencia y Enfermería, (2001). Vol. 7 (1): 13-22.

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN SACYL, Fisioterapeutas, Personal Estatuario. Temario Volumen II

SILVERA, Moisés H .Análisis deontológico y bioético de los registros del profesional de Enfermería. Universidad de la Sabana, Facultad de Medicina, especialidad en Bioética, Bogotá, 2007.

SOLDEVILLA ,Javier, Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10 (2): 75-87.

SOLDEVILLA A, Javier J. Las úlceras por Presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal Tesis Doctoral, España, Universidad de Santiago de Compostela. Enfermería Geriátrica y Gerontológica del Departamento de Enfermería, 2007

SOLDEVILLA Javier. *et al.* Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Atención integral de las heridas crónicas, Madrid, 1ª Edición, 2004.

VERDÚ S, José, Epidemiología prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Tesis Doctoral, Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2005

VERDÚ S, José. Epidemiología, Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión. Tesis Doctoral. Alicante, España, Universidad de Alicante, Departamento de Enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia, 2012.

ANEXOS

ANEXO A. TABLA DE PRESUPUESTO

| RECURSO HUMANO | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|----------------|----------------|-------------|------------|------------------|
| No. | CARGO | Valor Unitario | Cantidad horas | Costos | | |
| | | | | Directos | Indirectos | Total |
| 1. | Asesor | 24.000 | 96 | | X | 2.304.000 |
| 2. | Investigador 1 | 2.800 | 96 | X | | 268.800 |
| 3. | Investigador 2 | 2.800 | 96 | X | | 268.800 |
| 4. | Investigador 3 | 2.800 | 96 | X | | 268.800 |
| | | | 384 | | SUBTOTAL | 3.110.400 |
| RECURSOS MATERIALES | | | | | | |
| No. | INSUMOS | Valor Unitario | Cantidad | Costos | | |
| | | | | Directos | Indirectos | Total |
| 1. | Computador | 1'500.000 | 1 | | X | 1.500.000 |
| 2. | Impresión blanco y negro | 300 | 90 | X | | 27.000 |
| 3. | Impresión a Color | 500 | 20 | X | | 10.000 |
| 4. | Fotocopias | 100 | 100 | X | | 10.000 |
| 5. | Lapiceros | 1.000 | 6 | X | | 6.000 |
| 6. | CD's | 1.000 | 4 | X | | 4.000 |
| 7. | Memorias USB | 15.000 | 1 | X | | 15.000 |
| 8. | Horas de Internet | 1.000 | 48 | | X | 48.000 |
| | | | | | SUBTOTAL | 1.620.000 |
| | | | | IMPREVISTOS | 10% | 473.040 |
| | | | | TOTAL | | 5.203.440 |

ANEXO B.

LISTA DE CHEQUEO PARA PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD.

OBJETIVO: Identificar el número de usuarios con alteraciones de la movilidad que ingresan en el servicio, sus edades, principales patologías y factores de riesgo.

1. Edad 2. Género: M F
 3. Tiempo de Hospitalización en el servicio: _____

4. PATOLOGÍA DE BASE

| PATOLOGÍA | SI | NO |
|---|----|----|
| Accidente vascular cerebral. | | |
| Diabetes mellitus. | | |
| Fractura de Miembros inferiores | | |
| Esclerosis múltiple | | |
| Hemorragia subaracnoidea | | |
| Hematoma subdural. | | |
| Trauma craneoencefalico. | | |
| Fractura y compresión de la médula espinal. | | |
| Otras: | | |

5. FACTORES DE RIESGO.

| FACTOR DE RIESGO | SI | NO |
|---|----|----|
| Disminución del nivel de conciencia. | | |
| Inmovilidad y parálisis. | | |
| Incontinencia fecal. | | |
| Incontinencia urinaria. | | |
| Alteraciones en la nutrición. | | |
| Uso de sondajes, sistemas para sueroterapia, fijaciones, férulas. | | |
| Reposo prolongado en cama con ausencia o defecto de cambios posturales. | | |
| Utilización de cremas con alcohol. | | |
| Otros, cuál: | | |

6. UBICACIÓN DE LA ULCERA POR PRESIÓN QUE PRESENTA.

| SITIO DE LA LESIÓN | ESTADIO DE LA LESIÓN | DONDE SE DESARROLLÓ | OBSERVACIONES |
|--------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| Sacro. | | | |
| Talón. | | | |
| Trocánter. | | | |
| Glúteo. | | | |
| Maléolo. | | | |
| Occipital. | | | |
| Escapula. | | | |
| Otra. Cual. | | | |

ANEXO C.

ENCUESTA AUTODILIGENCIADA.



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD - PROGRAMA DE ENFERMERÍA



OBJETIVO: Determinar las características sociodemográficas de la población y el conocimiento de las intervenciones basadas en el protocolo establecido de manejo y prevención de úlceras por presión en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad: _____ 2. Género: M_____ F_____

3. Ultimo grado académico alcanzado:

- a. Auxiliar de enfermería.
- b. Enfermera/o profesional.
- c. Especialista de enfermería.
- d. Magister en Enfermería.

4. Tiempo de vinculación en el servicio: _____ Meses.

5. Horas laboradas al mes en el servicio: _____ Horas.

6. Realiza usted turnos adicionales en otro servicio o en otra Institución:

SI_____ NO_____

Cuantas horas al mes: _____

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO.

7. Conoce la existencia en el servicio de un protocolo para la prevención y manejo de úlceras por decúbito:

SI_____ NO_____

8. Según el protocolo establecido quien o quienes realizan las siguientes actividades; marque con una X la o las opciones que considere correctas:

| ACTIVIDAD | PROFESIONAL DE ENFERMERÍA | AUXILIAR DE ENFERMERÍA |
|--|---------------------------|------------------------|
| Programar y realizar los cambios de posición cada hora en forma secuencial. | | |
| Mantener orden y limpieza en la unidad. | | |
| Realización de curación (En caso de que no las realice clínica de heridas). | | |
| Registrar en la evolución los cambios de posición, horarios, indicando la posición dada y las intervenciones realizadas. | | |

9. ¿Según el manual de procedimiento para prevenir úlceras por decúbito, cual escala de valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión se utiliza en el servicio de medicina interna?:

10. A la hora de realizar un cambio de posición, usted tiene en cuenta:

1. Su juicio Clínico.
2. Protocolo de prevención y manejo estipulado en el servicio.

11. Aplica usted el protocolo, en pacientes con alteración de la movilidad:

- a) Nunca.
- b) A veces.
- c) Frecuentemente.
- d) Siempre.

12. Indique el motivo por el cual utiliza el protocolo de prevención y manejo.

- a) Diagnóstico.
- b) Prevención.
- c) Tratamiento.
- d) Todas las anteriores.

**ANEXO D. LISTA DE CHEQUEO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ULCERAS POR DECÚBITO.
(IMPLEMENTADA POR EL H.U.N.)**

| ACTIVIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---------------|------------------|----------------------|
| 1. Valora el estado clínico del paciente. | | | |
| 2. Prepara el equipo según la intervención a realizar. | | | |
| 3. Saluda al paciente, le explica el procedimiento y le solicita colaboración. | | | |
| 4. Realiza lavado de manos antes y después del procedimiento. | | | |
| 5. Realiza tarjeta de cambios de posición y cumple siguiendo la técnica secuencial. | | | |
| 6. Realiza masajes y lubricación de la piel con énfasis en prominencias óseas. | | | |
| 7. En caso de presentarse lesión ulcerosa, realiza la curación utilizando la técnica específica. | | | |
| 8. En el recibo de turno observa el estado de la piel del usuario y reporta las anormalidades. | | | |
| 9. Ofrece educación a la familia y solicita colaboración en los masajes, lubricación y cambios de posición. | | | |
| 10. Cambia oportunamente el pañal del paciente y le aplica crema protectora. | | | |
| 11. Ofrece comodidad y limpieza al paciente. | | | |
| 12. Realiza correctamente el registro en la historia clínica. | | | |
| 13. Recoge y organiza los elementos utilizados en la intervención. | | | |

Evaluador: _____ Fecha: _____

ANEXO E.
INSTRUMENTO AGREE II

Dominio 1, Alcance y Objetivo

1.El(los) objetivos(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

Dominio 2, Participación de los implicados

4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

| | | | | | | |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

Dominio 3, Rigor en la elaboración

7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------------------|
| 1 Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

1. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

2. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

3. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |

| |
|---------------------|
| Comentarios: |
|---------------------|

4. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

DOMINIO 4. CLARIDAD DE PRESENTACIÓN

15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.

| | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

DOMINIO 5. APLICABILIDAD

18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.

| | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.

| | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |
| Comentarios: | | | | | | |

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.

| | | | | | | |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------------|
| 1 | | | | | | 7 |
| Muy en desacuerdo | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muy de acuerdo |

| |
|---------------------|
| Comentarios: |
|---------------------|

21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoria.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |

| |
|---------------------|
| Comentarios: |
|---------------------|

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA GUÍA

Para cada pregunta, por favor elija la respuesta que mejor caracteriza la guía evaluada

1. Puntúe la calidad global de la guía.

| | | | | | | |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Muy en desacuerdo | | | | | | Muy de acuerdo |

2. ¿Recomendaría esta guía para su uso?

Si ____ Si, con modificaciones ____ No ____

| |
|---------------|
| Notas: |
|---------------|

ANEXO F.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION.

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO ACTUAL DE ÚLCERAS POR PRESIÓN SEGÚN EL PROTOCOLO ESTABLECIDO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE IV NIVEL DE LA CIUDAD DE NEIVA.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángel Humberto Villanueva.

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: servicio de medicina interna, sexto piso del H.U.N.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación de enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

Objetivos del estudio: Evaluar la calidad del protocolo de prevención y manejo de úlceras por presión establecido en el servicio de Medicina Interna en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de Neiva.

Justificación del estudio:

Las úlceras por presión constituyen un evento adverso que no debería presentarse en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel, teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos en materia de salud y más cuando en las instituciones se cuenta con personal calificado ayudado de herramientas como protocolos guías o manuales de procedimientos que facilitan la prestación de un adecuado servicio. La ocurrencia de estos eventos constituye un motivo de preocupación para el personal de enfermería, es por esto que se hace necesario indagar e investigar cómo se están llevando a cabo los diferentes procedimientos teniendo en cuenta el protocolo establecido en el servicio.

Beneficios del estudio: Los resultados de esta investigación pueden constituir un importante aporte para la implementación del constante mejoramiento de los procesos y garantía de la calidad en la prestación de los servicios, además de proponer estándares para desarrollar protocolos de atención basados en la evidencia idóneos para su realización e implementación en una institución prestadora de servicios de salud de IV nivel de complejidad, acarreado también beneficios para el personal de enfermería tanto profesional como auxiliar debido a la clara descripción de sus funciones y responsabilidades estableciendo estándares de prevención y manejo de las UPP que probablemente ayuden a disminuir la incidencia y prevalencia de este tipo de eventos adversos relacionados directamente con el cuidado de Enfermería destacando a su vez la relevancia para los usuarios que requieren de la prestación de servicios por parte de la institución constituyendo protocolos idóneos para la atención integral de la persona favoreciendo así la disminución de los gastos físicos, psicológicos y económicos en la persona, su familia, el personal asistencial y la institución.

Procedimientos del estudio: mediante una encuesta autodiligenciada aplicada a cada uno de los participantes se obtendrán datos sociodemográficos de los mismos, de igual manera esta encuesta cuenta con una serie de preguntas que evaluarán el grado de conocimientos del personal sobre el manual de procedimientos sobre úlceras por decúbito establecido en el servicio, luego de recolectada la información, esta será tabulada y analizada por los investigadores. (Especificar como va hacer el procedimiento en lenguaje claro y preciso para el participante)

Riesgos asociados al estudio: esta investigación se considera que pertenece a la categoría de investigación de riesgo mínimo por el hecho de interactuar con un grupo de personas, pero no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con los investigadores Ángel Humberto Villanueva al teléfono 3202326483, María Alejandra Alarcón al teléfono 3142767883 y Wilmar Mosquera al teléfono 3125649681.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.
C.C N°

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.
C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)
He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador Fecha

ANEXO G.
ACTA DE PROBABACIÓN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.



COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N° : 015-003

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: Noviembre 27 de 2012

Nombre completo del Proyecto: “Evaluación de la Prevención y el Manejo de Ulceras por Presión Según el Protocolo Establecido en el Servicio de Medicina Interna, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de IV Nivel de la Ciudad de Neiva.”

Versión : 01

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Estudiantes de séptimo semestre de Enfermería de la Universidad Surcolombiana. Maira Alejandra Alarcón, Ángel Humberto Villanueva, Wilmar Mosquera.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 1198 del 29 de Diciembre de 2011 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008 y al Decreto 1757 de 1994, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. ()Resumen del proyecto
 - b. ()Protocolo de Investigación
 - c. ()Formato de Consentimiento Informado.
 - d. () Protocolo de Evento Adverso.
 - e. ()Formato de recolección de datos
 - f. ()Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. ()Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)

¡ Servimos con calidez humana !

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co Email: hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación implica un riesgo mínimo para los personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
5. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
6. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El Investigador se comprometen con utilizar el consentimiento informado que debe tener el sello de aprobación del comité de ética bioética e investigación.
 - g. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.



Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

**ANEXO H.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

| MES ACTIVIDADES | AGOSTO | SEPT. | OCTUBRE | NOVIEMBRE | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
|---|--------|-------|---------|-----------|---------|-------|-------|------|-------|
| Revisión Bibliográfica | X | X | X | | | | | | |
| Ajustes del anteproyecto | | X | X | X | | | | | |
| Aplicación prueba Piloto | | | | | X | | | | |
| Ajuste final del instrumento | | | | | X | X | | | |
| Aplicación de instrumentos establecidos | | | | | | X | X | | |
| Tabulación de datos | | | | | | | X | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | | X | |
| Elaboración del proyecto final | | | | | | | | X | |
| Sustentación del proyecto. | | | | | | | | | X |
| Presentación de artículo para publicación | | | | | | | | | X |