

**Resultados de la implementación de los programas de prevención de lesiones de piel en dos  
Instituciones de salud de alta complejidad de Medellín**

**Integrantes**

**Marisol Restrepo Arango**

**Sonia Isabel Atehortúa Arredondo**

**Grupo de Investigación**

**Asesoras**

**Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**

**Maite Catalina Agudelo Cifuentes**

**Facultad De Enfermería**

**Universidad CES**

**Medellín, 2022**

**Resultados de la implementación de los programas de prevención de lesiones de piel en dos  
Instituciones de salud de alta complejidad de Medellín**

**Integrantes**

**Marisol Restrepo Arango**

**Sonia Isabel Atehortúa Arredondo**

**Grupo de Investigación**

**Asesoras**

**Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**

**Maite Catalina Agudelo Cifuentes**

**Facultad De Enfermería**

**Universidad CES**

**Medellín, 2022**

## Contenido

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.1 Planteamiento del Problema .....	5
1.2 Justificación de la Propuesta .....	10
1.3 Pregunta de Investigación .....	12
2. MARCO TEÓRICO .....	13
3. OBJETIVOS.....	29
4. METODOLOGÍA .....	30
4.1 Enfoque metodológico de la investigación.....	30
4.2 Tipo de estudio .....	30
4.3 Población .....	30
4.4 Diseño muestral.....	30
4.5 Descripción de las Variables .....	31
Diagrama de Variables.....	31
4.6 Técnicas de Recolección de Información.....	31
Fuentes de Información.....	31
Instrumento de Recolección de Información .....	32
4.7 Proceso de obtención de la Información (qué, quién, cómo, cuándo).....	34
5. CONSIDERACIONES ETICAS .....	35
6. RESULTADOS .....	36
7. DISCUSIÓN .....	47
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>54</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
ANEXOS .....	58

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación, realiza la descripción de los resultados positivos y negativos de la implementación de los programas de prevención de lesiones de piel en dos instituciones de salud de alta complejidad de la ciudad de Medellín.

La investigación se realizó con base en la teoría del cambio. A través de la información proporcionada por los líderes de los programas de prevención de lesiones de piel en las dos instituciones de alto nivel de atención que participaron, se pudo conocer el objetivo de la creación de estos programas, su evolución, los facilitadores y las barreras que se han presentado en su evolución y desarrollo. Además, se identificaron los resultados obtenidos que son medibles a través de indicadores que respaldan la información obtenida y los efectos que estos han tenido en la salud del paciente según los entrevistados, y su repercusión en costos y días de estancia hospitalaria. A partir de lo anterior se realizan algunas recomendaciones pertinentes en el presente estudio, que fortalezcan estos programas.

Los entrevistados también identificaron algunos resultados obtenidos a través del desarrollo del programa, como son las intervenciones encaminadas al cuidado de la piel en los pacientes y a su prevención para evitar los retrasos en su recuperación. Todo ello permite que las directivas, el equipo de salud, la familia y el paciente tengan un papel protagónico al evitar este tipo de eventos adversos que afectan la salud del paciente, la calidad en la prestación de los servicios de salud y demuestran que no es un proceso estático, al contrario, requiere de la formulación de estrategias continuas que eviten que se presenten todo tipo de eventos adversos.

**Palabras claves:** Resultados, Programas, prevención de lesiones de piel, instituciones de salud de alta complejidad.

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

Los programas de piel sana o de cuidado integral de la piel se han establecido para prevenir lesiones en el paciente hospitalizado, puesto que durante la internación hospitalaria este requiere de dispositivos médicos, lo que aunado a los riesgos derivados de la dependencia y de la fragilidad de la piel características de edades extremas de la vida pueden padecer lesiones como la dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH), los desgarros cutáneos, las lesiones de piel ocasionadas por adhesivos (MARSÍ), y las lesiones por presión (LPP), todo lo cual afecta la calidad de vida de los pacientes, aumenta los costos sociales y los costos en el sistema de salud. También puede tener implicaciones legales, por imputaciones y demandas para el equipo de salud por los daños sufridos por el paciente.

Lo más impactante es que el 95% de estas lesiones son prevenibles y son un indicador de la calidad del cuidado de enfermería, en especial para el área de seguridad del paciente cuyo objetivo es prevenir y minimizar los incidentes o eventos adversos ocurridos en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias.(1).

Por tanto, son un "claro indicativo de un fracaso en la prevención y responsabilidad directa de enfermería" y, de acuerdo con Florence Nightingel, se plantea que "Si un paciente tiene frío, o está mareado, o tiene una escara, la culpa, generalmente, no es de la enfermedad, sino de la Enfermería" (notes on nursing. Nightingale F,1999).(2)

Es necesario resaltar que la presente investigación busca describir los programas de prevención de lesiones de piel, aunque existe poca literatura acerca de los mismos, y la mayoría de esta literatura

se enfoca en las lesiones por presión, dejando relegadas las demás lesiones que también tienen vital importancia e impactan la calidad de vida de los pacientes.

Según el abordaje realizado por algunos estudios de las úlceras por presión (UPP) se ha constatado que estas vienen en aumento. Es así como el Grupo nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP) de España, que es un referente internacional, líder en la prevención y manejo de lesiones en piel, publicó en documento del 2020 que la prevalencia de UPP va en ascenso, así se pasó de la atención primaria a nivel hospitalario del 5.89% en el 2009 al 8.51% en 2013, sin que estas estadísticas hayan presentado mayores variaciones; en 2009: 7.2% - en 2013: 7.87%. Este Grupo. ha reclamado desde su creación en 1994 que las UPP, lejos de ser un proceso banal, inevitable o silente, son un problema de salud de primer orden a nivel mundial'. Así, en España, el 4º Estudio Nacional de Prevalencia del GNEAUPP encontró que, en la asistencia hospitalaria, la prevalencia de UPP llegaba al 7,9% y que esta subía hasta el 18,0% y 13,4% en las unidades de cuidados intensivos y residencias socio sanitarias, respectivamente, constituyendo, aún en el siglo XXI, una auténtica epidemia bajo las sábanas'(3)

En Colombia, la medición de los eventos adversos en salud es una norma del Ministerio de Salud y Protección Social que creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), reglamentado por la Resolución 1446 de 2006. Esta política ha impulsado la elaboración de programas preventivos, para evitar los eventos adversos como son las lesiones de piel, específicamente las úlceras por presión.(4)

Además, este ministerio elaboró un paquete instruccional de prevención de úlceras por presión con el objetivo de dar herramientas con evidencia científica para disminuir la incidencia de las lesiones por presión. Este paquete, parte de estadísticas que oscilan entre el 3% al 10% en pacientes hospitalizados que en su mayoría afectan a pacientes mayores de 70 años.(1)

Estos programas incluyen estrategias de educación, de estandarización en la aplicación de escalas de valoración de riesgo y de cuidados de la piel, basados en la evidencia para el equipo hospitalario, con el fin de evitar al máximo la aparición de lesiones o complicaciones cuando estas se presentan. Sin embargo, aunque muchas instituciones han implementado estos programas, no hay publicaciones que verifiquen o justifiquen su utilidad o eficiencia, o que evalúen el programa en sí. Se encuentran artículos que comparan las diferentes escalas de valoración de piel, de las estrategias establecidas para evitar las lesiones de piel, en especial las causadas por la presión, pero poco se habla de otras lesiones que afectan al paciente hospitalizado asociadas a la dependencia como las dermatitis por incontinencia (DAI), las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH), los desgarros cutáneos, y las lesiones de piel por adhesivos (MARSÍ).

Las estadísticas son pocas o tienen subregistros, debido a que los eventos adversos no se notifican oportunamente o simplemente no se realizan por desconocimiento o temor, lo que ha hecho difícil que se tenga una epidemiología clara sobre la presentación de estas lesiones. Tampoco es posible evaluar si los programas encaminados a prevenir las lesiones asociadas a la dependencia están cumpliendo con sus objetivos o mejorando la calidad de atención de enfermería para evitar complicaciones y si cumplen con las políticas de seguridad para el paciente y si establecen prácticas seguras en la atención. Por norma se reporta sólo la prevalencia de LPP y la adherencia a los planes de cuidado de enfermería para evitarlas.

En 2013 se desarrolló un estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional que arrojó como resultado que el 54% de las UPP se presentan en servicios hospitalización, de los cuales el 51% se presenta en pacientes de 62 a 80 años.(5)

En cuanto al comportamiento de la prevalencia de las lesiones cutáneas a nivel internacional se encuentran pluralidad de reportes. Así, en un hospital de Noruega se realizó la búsqueda exclusiva de LPP, encontrando una prevalencia de periodo del 14,9%, con mayor frecuencia de afectación

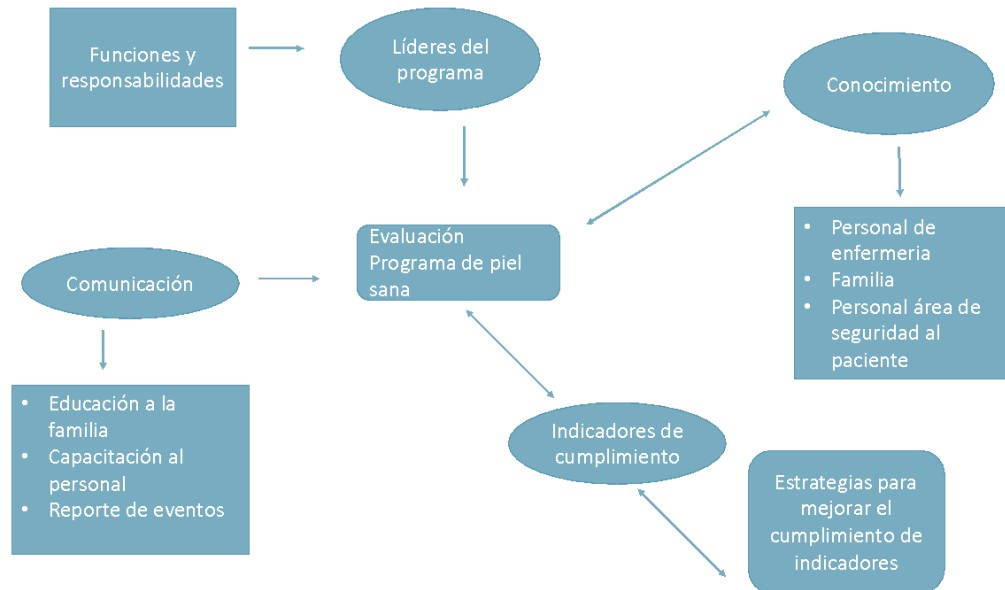
en el sacro y en el talón. En Estados Unidos y Canadá, un estudio internacional de prevalencia de LPP asociadas a dispositivos médicos evidenció una prevalencia del 9,9% de pacientes que presentaron LPP. Las unidades donde hubo mayor prevalencia fueron: hospitalización, con un 0,60%, y la unidad de cuidados intensivos y rehabilitación con un 0,59%. En los mismos países, la prevalencia por dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), que hace parte de las LESCAH, fue del 4,3%. Un estudio reveló para Australia una prevalencia del 10,8% en LPP específicamente. Así mismo, en países como Reino Unido, Bélgica, Suecia y Australia, la prevalencia de UPP adquiridas a nivel hospitalario oscila alrededor del 15%; sin embargo, este dato podría variar con base a la definición de UPP y la metodología de la detección.(6)

En el V Estudio Nacional de Prevalencia de Lesiones por Presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia, realizado en España en 2017, que se considera como referente internacional, se reportó una prevalencia global del 8,7%; se destaca que, en el marco de los estudios españoles realizados, es la primera oportunidad en que se incluyen todas las lesiones asociadas con la dependencia propuestas en el modelo de García-Fernández, *et al.* En este sentido, la prevalencia encontrada según el tipo de lesión fue del 7% para LPP, del 1,4% para LESCAH, del 0,9% para lesiones por fricción y del 1,5% para lesiones combinadas, entre otras.(6)

Por otra parte, el grupo HELCOS, Sistema integrado para el manejo de heridas de la Universidad de Alicante, evaluó el abordaje efectivo de la prevención de úlceras por presión (UPP) con respecto a la seguridad del paciente en el contexto hospitalario, a partir de búsquedas en las bases de datos EBSCO host, PubMed y WebofScience desde 2009 hasta diciembre de 2018, según la atención a pacientes de mediana y alta complejidad, evaluó los programas de piel sana de instituciones hospitalarias, y concluyó que la implementación de estos programas han minimizado el riesgo de ocurrencia y que la principal falencia ha sido la comunicación interdisciplinaria. Los programas evaluados se instauraron en 2015, en 2016 tuvieron un índice de lesiones por presión de 3.86 por cada 100 egresos, y en 2017 de 2.03, lo que demuestra la disminución de estas lesiones.(7)



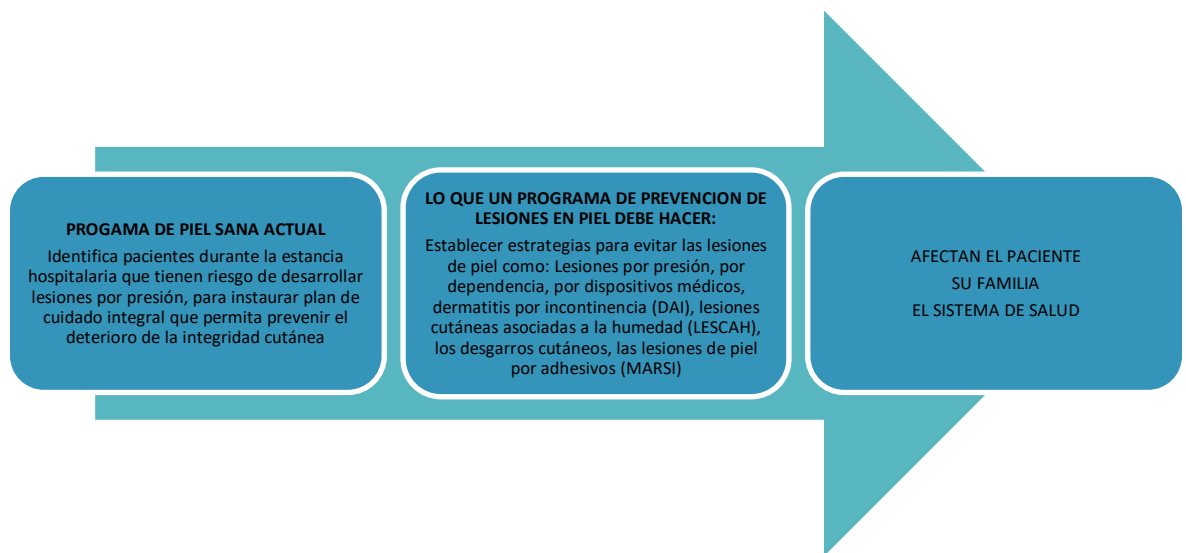
En el siguiente diagrama se registran los factores que pueden asociarse con el funcionamiento adecuado de los programas de prevención de lesiones de piel en los pacientes hospitalizados:



De lo anterior se deriva:

- El personal de salud debe conocer las diferentes lesiones de piel que pueden presentarse y cómo prevenirlas. También cuáles son las estrategias que tienen evidencia científica y como ponerlas en práctica.
- Los acompañantes o familiares del paciente deben ser informados sobre cuáles son las principales lesiones de piel que pueden presentarse y qué deben hacer para evitarlas.
- El área de seguridad del paciente debe conocer cuáles son las lesiones de piel más prevalentes en las instituciones.
- Las funciones de los líderes del programa deben ser claras y su cumplimiento debe ser evaluado periódicamente de manera que el programa se fortalezca.
- Los medios de comunicación: deben ser empleados para difundir las diferentes estrategias del programa y la forma de prevenir las lesiones.

- Las acciones que se ejecutan para prevenir las lesiones deben ser claras y motivar para que se lleven a cabo.
- El reporte de eventos es importante para saber qué tipo de lesiones de piel son frecuentes, sobre la gravedad de estas, de cómo afectan al paciente y a la institución.
- El programa establece los indicadores de cumplimiento que evalúen la prevalencia e incidencia de lesiones de piel y, a partir del análisis de estos, establecer estrategias que disminuyan los porcentajes de recurrencia.



## 1.2 Justificación de la Propuesta

Lo que se espera obtener con este proyecto es la evaluación de los programas de prevención de lesiones de piel en algunas Instituciones de salud de alta complejidad de Medellín, buscar que se genere un impacto que permita ampliar su enfoque para que no solo se dirija a la prevención e investigación de las lesiones por presión sino también a las demás lesiones que se pueden presentar en la piel. Se trata entonces, de que tanto el personal de salud como el paciente y su

familia, conozcan sobre estos programas, cuáles son sus objetivos, así como el papel que ellos pueden jugar en la prevención de la aparición de este tipo de lesiones.

De acuerdo con las consideraciones realizadas en el planteamiento del problema, la presente investigación tiene como finalidad describir los resultados positivos o negativos identificados en la implementación de los programas de prevención de lesiones de piel en dos instituciones de salud de alta complejidad de la ciudad de Medellín y, a partir de los resultados obtenidos, hacer algunas recomendaciones que los fortalezcan.

Se debe agregar que en la actualidad el enfoque es la prevención de lesiones por presión, la investigación del origen de estas y el tratamiento de las mismas, mientras se olvida la existencia de otras lesiones de piel asociadas a la dependencia del paciente hospitalizado que también requieren ser prevenidas y tratadas como parte de la seguridad del paciente e incorporarlas como parte en los indicadores de calidad institucionales.

Lo anterior, a partir del Nuevo Modelo Teórico desarrollado por García-Fernández, et al., en el que se define un programa de prevención que incluye todas las posibles lesiones que pueden presentarse, las estrategias para prevenirlas y los actores que deben estar involucrados en la prevención de estas. De esta manera el modelo contribuye a que la incidencia de estas lesiones disminuya, de tal manera que se logre el objetivo de estos programas y, desde ahí, se pueden establecer comparaciones con los de algunas instituciones de salud y proponer medidas prácticas para robustecerlos.

### **1.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los resultados obtenidos en el proceso de implementación de los programas de prevención de lesiones en piel en dos instituciones de salud de alta complejidad de Medellín?

## 2. MARCO TEÓRICO

Al abordar este apartado, es importante tener en cuenta las consideraciones previas sobre las características de la piel y sobre la evolución de los daños causados en las distintas intervenciones que pueden afectarla. En primer lugar, hay que tener en cuenta que, como se define en el estudio de Valls-Matarín, J, et al. sobre la incidencia de lesiones cutáneas asociadas a la humedad en una unidad de cuidados intensivos: “La piel es la primera barrera del organismo y existen múltiples factores que pueden lesionarla. Entre ellos se destacan como factores intrínsecos la edad avanzada, los antecedentes patológicos, el estado nutricional y las alteraciones en la eliminación, entre otros y como factores extrínsecos la inmovilidad prolongada, la presión, la fricción y la humedad. Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) reúnen la mayor parte de estos factores de riesgo”.(8)

Sin embargo, son estos factores extrínsecos los que se deben intervenir para prevenir las lesiones asociadas a la dependencia, entre ellos las lesiones por presión. Las úlceras por presión (UPP), se definieron por primera vez en 1975 como “cualquier lesión provocada por una presión ininterrumpida que provoca lesión del tejido subyacente”. En 2005 se propuso diferenciar las lesiones por humedad de las lesiones por presión, en las que hasta ese momento, se incluían, se consideraban y se demostraba que tanto las características como el mecanismo de producción de unas y otras, eran diferentes; de tal manera que a partir de ese momento se consideraban como entidades distintas.(2)

A partir de 2020, como se mencionó anteriormente se adopta la definición propuesta por el GNEAUPP que, con base en el nuevo modelo teórico ya mencionado, se cambia esta definición, así: “una lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla”.(2) De esta manera se amplía el concepto al incluir las zonas donde pueden ubicarse las lesiones, y se determinan otras causas de estas.

A partir de entonces, este tipo de lesiones pasaron a denominarse lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) y quedaron definidas por “la inflamación y/o erosión de la piel causada por la exposición prolongada/excesiva a la humedad, incluyendo orina, heces líquidas o exudado de las heridas”. El GNEAUPP propone entonces, considerarlas como “La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco)”.(2)

Es así como las lesiones por roce o fricción se constituyen como entidades diferentes a los anteriores, y se definen como “La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) provocada por las fuerzas derivadas del roce-fricción entre la piel del paciente y otra superficie paralela que, en contacto con él, se mueven ambas en sentido contrario”.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las lesiones por dependencia pueden ser consideradas como iatrogénicas; o sea como reacciones adversas a los fármacos o complicaciones inducidas por infecciones médicas no farmacológicas, por lo tanto, debe evitarse su aparición para tener un servicio con calidad. Al mismo tiempo define que "la calidad de la asistencia sanitaria, es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio clínico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". (6)

De igual manera, el área de seguridad del paciente, se define como un “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias. Esto implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias”.(9)

Son estos elementos, los que deben liderar la creación y evaluación de los programas de prevención de lesiones en piel en las diferentes instituciones de salud, de tal manera que se

promueva y genere una cultura de seguridad al paciente: “Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora”. (7)

En muchos países las lesiones de piel son consideradas como eventos adversos, por lo que cada vez su prevención adquiere mayor importancia. Sin embargo, al momento de enfrentar el desafío de unificar criterios para la definición de los protocolos, surgen distintas medidas de prevención, bien sea para disminuir el factor que provoca la lesión o para mejorar la resistencia de la piel del huésped.(10)

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el ya citado “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.(11)

Según el GNEAUPP las lesiones por presión son el 95% prevenibles por eso se incluyen dentro de los eventos adversos prevenibles, y se definen como el: “resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado”(12) Los programas de prevención de lesiones en piel establecen un paquete de estrategias donde interviene un equipo multidisciplinario con el fin de disminuir la incidencia de estas.

Las lesiones de piel se definen según su etiología y los daños que cada una de ellas generan. Las definiciones se han perfeccionado a través de los años, siendo las de mayor estudio las UPP y la Dermatitis Asociada a la Incontinencia (DAI).

Este tipo de lesiones son consideradas como un problema de Salud Pública a nivel mundial que afecta a una gran proporción de personas. Generalmente se derivan de condiciones de salud específicas que afectan la movilidad y generan algún grado de dependencia en el cuidado, convirtiéndose en objeto de prevención, tratamiento y control en las instituciones de salud. Algunos estudios revelan que cuando se aplican planes de prevención, la prevalencia de lesiones de piel como las UPP disminuyen.(13)

La revisión sistemática realizada por Gaspar, Susana, *et al.* de la Universidad de Lisboa en Portugal, concluyó que existe un impacto favorable de los paquetes de prevención en comparación con las acciones individuales, aunque no siempre se encontró significancia estadística. Los programas más efectivos incluyen: trabajo en equipo, educación al personal de salud, valoración nutricional y de riesgo, evaluación de la piel, superficies de apoyo, reposicionamiento, dispositivos desechables para el control de la humedad, protección de la piel, participación del paciente y su familia, y rondas de enfermería periódicas. Todo esto aumenta el conocimiento del personal, involucra a la familia y al paciente, mejora la toma de decisiones clínicas o las estandariza, lo que repercute en mejores resultados. Se resalta en esta revisión la importancia de las rondas de enfermería realizadas por el especialista en manejo de heridas, para mantener el enfoque en la prevención, asegurar que se cumplan las estrategias del paquete y dar una asesoría en el manejo cuando sea requerido. (14)

La implementación de programas de prevención reduce el tiempo requerido para la atención con relación al tiempo usado en el tratamiento de una lesión. De esta manera, se disminuyen los índices de incidencia y prevalencia, la prevención reduce los costos de la atención sanitaria; por ello se debe invertir en su aplicación, pero más que esto mejorar la calidad de vida relacionada con la salud CVRS y la de su familia.(13)

Es así como la identificación temprana y la gestión de los factores de riesgo que producen lesiones de piel minimizan la morbilidad y la duración de la hospitalización. Por ello es importante considerar que los programas de prevención deben implementarse siempre con estudios previos, que deben centrarse en las necesidades específicas de la población a intervenir, para que sean aplicables y por ende efectivas.(13)

En Colombia, el paquete instruccional publicado por el Ministerio de Salud para la prevención de lesiones por presión incluye algunas experiencias exitosas como la de la IPS FOSCAL en Santander, el hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín, HOSDENAR en Nariño, Hospital Universitario San Vicente de Paúl en Medellín, y su común denominador fue crear un equipo multidisciplinario.(1) De igual manera, según los parámetros establecidos por este Ministerio para Colombia, la medición de la seguridad del paciente debe evidenciar que se realiza una atención de buena



calidad; por tanto, es necesario monitorizar constantemente la seguridad de la atención, y el reporte de los eventos adversos. Esto se define como el resultado de una atención en salud “a través de la medición planificada, periódica y sistemática, mediante los indicadores”; y, si es del caso, establecer que de manera no intencional se produjo daño. En todo caso se debe establecer que los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.(12)

El objetivo de estos programas relacionados con la seguridad del paciente, es el planteado por el Ministerio de Salud en el paquete instruccional: prevenir estas lesiones y disminuir su incidencia fortaleciendo el conocimiento y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras del equipo de salud al cuidado de los pacientes hospitalizados.(1)

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN en alianza estratégica con 3M Colombia organizó en 2018 el Tercer Simposio Latinoamericano en Mejores Prácticas para la Prevención del Daño de la Piel – SIPIELA , evento de carácter académico y científico destinado a la actualización de los profesionales de la salud respecto a la comprensión e implementación de las mejores prácticas clínicas y modalidades tecnológicas para la prevención del daño a la integridad de la piel asociado con el cuidado de la salud y diferentes condiciones de riesgo.(10)

Al respecto se menciona que las estrategias de prevención son exitosas cuando media la educación con calidad: motivadora, creativa, dinámica, dirigida a los usuarios, a los familiares y al equipo de salud; fundamentada en la mejor evidencia científica disponible, y que tenga en cuenta sus experiencias, sus individualidades y sus contextos propios.(10)

Por lo tanto, las lesiones de piel relacionadas con el cuidado (LPRCs) se pueden evitar si se instauran las medidas adecuadas y oportunas para su prevención. La aparición de este tipo de lesiones son un indicador de calidad en la prestación de los servicios de salud, pero se constata que no todos los integrantes del equipo de salud cuentan con la capacitación para el establecimiento de estrategias efectivas para la prevención de lesiones de piel en pacientes hospitalizados.(10)

De acuerdo con la Declaración SIPIELA, Colombia 2015, las lesiones de piel relacionadas con el cuidado (LPRCs) representan un importante problema de salud pública en virtud de los impactos negativos no solo en la salud, sino también en la economía, y en las dimensiones físicas, sociales y

psicológicas de las personas que las padecen y de sus cuidadores. Asimismo, generan cargas importantes de tipo económico y de trabajo en el equipo de salud.(15)

Por lo tanto, los integrantes del equipo de salud se deben comprometer a establecer estrategias efectivas, tendientes a prevenir el daño a la integridad de la piel asociado al cuidado de la salud en pacientes hospitalizados, a través de programas que cumplan con las siguientes con las siguientes condiciones:

- Establecer estrategias efectivas tendientes a prevenir el daño a la integridad de la piel asociado al cuidado de la salud en pacientes hospitalizados.
- Hacer uso de la mejor evidencia científica en el cuidado de pacientes con riesgo de presentar lesiones en la piel.
- Adoptar medidas orientadas a mejorar la calidad de la atención en salud que reciben las personas hospitalizadas.
- Integrar a los demás miembros del equipo de salud en el establecimiento de intervenciones efectivas para la prevención de lesiones en la piel.
- Crear e implementar programas institucionales liderados por el equipo de enfermería, orientados a la prevención del daño a la integridad de la piel.
- Fomentar la investigación con el objetivo de mejorar la práctica clínica relacionada con las estrategias para la prevención del daño a la integridad de la piel.
- Promover en la práctica clínica la enseñanza de un enfoque preventivo y de protección de la piel en el proceso de hospitalización.
- Comprometer a las instituciones de salud en la creación de espacios para la formación y capacitación del equipo asistencial en la prevención del daño en la integridad de la piel.
- Identificar y reportar las fallas en la seguridad del paciente que puedan llegar a desarrollar daño en la piel de los pacientes.
- Empoderar al equipo de enfermería como líder en el cuidado de la piel de los pacientes hospitalizados.

- Crear y ejecutar políticas y programas a nivel nacional para la prevención de lesiones de piel en personas institucionalizadas o bajo alguna condición de riesgo.(10)

El ya citado documento clínico publicado por GNEAUPP (2020), define las lesiones asociadas a la dependencia, y actualiza los conceptos y la prevención de las lesiones en piel. Este documento enmarca los tipos de lesiones que se presentan por cuatro diferentes mecanismos, que anteriormente eran considerados como úlceras por presión, las denomina lesiones relacionadas con la dependencia, y las clasifica de la siguiente manera:

- Lesiones por humedad: “La lesión localizada en la piel (no suele afectar a tejidos subyacentes) que se presenta como una inflamación (eritema) y/o erosión de la misma, causada por la exposición prolongada (continua o casi continua) a diversas fuentes de humedad con potencial irritativo para la piel (por ejemplo: orina, heces, exudados de heridas, efluentes de estomas o fístulas, sudor, saliva o moco)” (García, *et al*, 2014).(2)

Entre estas están:

- Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), Dermatitis intertriginosa o por transpiración, dermatitis perilesional asociada al exudado, dermatitis cutánea asociada al exudado, dermatitis periestomal, dermatitis por saliva o mucosidad.
- Lesiones por fricción: generadas por fuerzas de rozamiento producidas entre dos planos, al ser fuerzas paralelas la lesión resultante es superficial y puede ser similar a una quemadura.(2) Entre estas están: categoría I eritema sin flictena, categoría II presencia de flictena y, categoría III, lesión con pérdida de la integridad cutánea.
- Lesiones por presión: se genera por dos fuerzas: la presión y la cizalla, y ocasiona lesiones profundas. La presión es una fuerza que se ejerce perpendicularmente, la cizalla es una fuerza tangencial.(2) Entre estas están: categoría I eritema no blanqueable, categoría II úlcera de espesor parcial, categoría III pérdida total del grosor de la piel, categoría IV pérdida total del espesor de los tejidos, lesión de tejidos profundos y sin clasificar.

- Lesiones mixtas o combinadas: las combinadas se dan por la combinación de dos de los factores anteriores (presión, cizalla, fricción y humedad); las multicausales que presentan más de dos de estos factores.(2) Entre estas se encuentran: lesión combinada humedad-presión, lesión combinada presión-fricción, lesión combinada humedad- fricción, lesiones multicausales (incluye todos los factores).

Otras lesiones que pueden presentarse en los pacientes hospitalizados y que son prevenibles son las lesiones ocasionadas por adhesivos y los desgarros cutáneos: las Medical adhesive-related skin injury (Marsi), o como se denominan en español “lesiones de piel relacionadas con el uso de adhesivo médico”, se caracterizan por un eritema, ampolla, erosión o desgarro cutáneo que perdura por 30 minutos o más después del retiro de un adhesivo quirúrgico o de monitoria. Son lesiones mecánicas que incluyen desprendimiento epidérmico, lesión por tensión o formación de ampollas, y desgarros de la piel.

Estas lesiones ocurren en todos los grupos de pacientes porque estos adhesivos son usados en múltiples entornos de atención para fijación de catéteres, protección de heridas, fijación de equipos de monitoria. Los pacientes más susceptibles son los que están en edades extremas de la vida, los pacientes con estados de desnutrición o deshidratación, los que están sometidos a tratamientos que debiliten el estrato corneo como la radioterapia y los corticoesteroides, los pacientes con problemas dérmicos como el eczema y los que requieren múltiples cambios de apósitos.

En Colombia, en 2018 se realizó un estudio descriptivo transversal de prevalencia de estas lesiones y se encontró una prevalencia de 0.72, las edades en que se presentaron estaban de 20 a 92 años, la ubicación predominante fue en brazos en el 67.6% de los casos, el tiempo de evolución fue de 1 a 15 días.(16) Todo lo anterior, se traduce en un aumento de la estancia hospitalaria y en los recursos que deben emplearse para su reparación, lo que en Inglaterra ha sido estimado entre 1 a 7.9 libras esterlinas; sin embargo, estas lesiones son subestimadas, a pesar de que al igual que las lesiones por dependencia también son prevenibles.(17)

Los desgarros cutáneos son lesiones habituales en las edades extremas, asociados con los cambios de la piel, en especial en el envejecimiento; son heridas agudas ocasionadas por fuerzas mecánicas

como cizalla, fricción o trauma en el que se desprende la dermis, de tal manera que se produce una herida de espesor parcial o total. Según el panel asesor internacional de desgarros de la piel (ISTAP), se clasifican en tipo I: sin pérdida de piel, tipo II: pérdida parcial del colgajo, tipo III: pérdida total del colgajo. Como en las lesiones por adhesivo los pacientes con riesgo están en las edades extremas, en estados de desnutrición o deshidratación, con uso de medicamentos como corticoesteroides, edema, disminución de la movilidad, de la sensibilidad o ambas,(18) y suceden en todos los entornos hospitalarios.

De acuerdo con Leblanc, K, et al., en una revisión sistemática de literatura sobre prevalencia de desgarros cutáneos realizada por Strazzieri-Pulido, *et al.* en 2015, el rango fue de 3.3% a 22% en pacientes hospitalizados.(19) Estas lesiones son poco conocidas y pueden complicarse debido a que se subestima su importancia por el personal de salud lo que implica repercusiones económicas y sociales. A pesar de que al igual que en las lesiones anteriores existen estrategias para su prevención.

Sin embargo «La atención del paciente nunca es un problema único, es una matriz entrelazada de problemas, varias de estas lesiones tienen características comunes pero su prevención y tratamiento requieren enfoques distintos».(18) Las estrategias con evidencia científica para la prevención de las lesiones por dependencia que se encuentran registradas en el documento técnico de GNEAUPP (2020) son:

Valoración del riesgo: esta se realiza por medio de la aplicación de las escalas respectivas de UPP (EVRUPP), que deben estar validadas. Las más usadas son: EMINA, BRADEN y NORTON con una evidencia alta. Cada institución es libre de escoger cual aplicar, lo más importante es que el personal sepa usarla para evitar valoraciones subjetivas, y que se protocolice la frecuencia de su realización para poder detectar el riesgo. También existe otra escala que predice la posibilidad de que se presente una lesión por humedad llamada escala de valoración perineal, validada en España.(2)

El GNEAUPP entre sus medidas preventivas plantea el control de los factores etiológicos, “las guías de práctica clínica” que tienen en cuenta 4 elementos: movilización, cambios de posición,

superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP), y protección local. Estas medidas son complementarias, y por si solas no cumplen su objetivo.(2)

El paquete instruccional de prevención de UPP del Ministerio de Salud de Colombia, las incluye igualmente como unas estrategias de valoración del riesgo con alta confiabilidad y porcentaje de predicción adecuado.(1) De esta estratificación de riesgo se despliega el plan de cuidados encaminado a la prevención de las lesiones por dependencia. en el marco teórico de esa guía técnica se refiere a estos factores como una de las fallas activas comunes que conllevan a que las úlceras por presión se presenten.(1). En este documento se habla de los factores coadyuvantes que pueden predisponer al desarrollo de las lesiones en piel. Estos son: nutrición, piel de riesgo, oxígeno tisular, agresión externa. En este último ítem se tienen en cuenta los dispositivos, la radioterapia y los cuidadores profesionales o no, cuando realizan prácticas sin evidencia o incluso que pueden hacer daño,(2) por lo que es importante la educación en prevención de lesión en piel a la familia de los pacientes y al personal de las instituciones de salud. El Ministerio de Salud incluye como una práctica eficaz de prevención la educación y la participación del equipo multidisciplinario.

En las Unidades de Cuidado Intensivo es donde se han establecido con más fuerza los programas de prevención de lesiones por dependencia, en estas unidades de alta complejidad hay más prevalencia de estas por la presencia de pacientes con altos riesgos intrínsecos y extrínsecos. Los costos en el tratamiento de estas lesiones son altos, las revisiones sistemáticas realizadas en 2015 han arrojado aumentos del presupuesto anual de 121,44 millones de euros a 2.59 mil millones de euros con un costo individual de 15 euros hasta 69472 euros, según cifras de Estados Unidos, Reino Unido, Países Bajos y Canadá. De ahí, que la prevención de estas lesiones es importante para los gobiernos y las organizaciones profesionales que han sugerido un “enfoque multifacético” y estrategias de prevención específicas.(20)

En el estudio de F. Lin, Z Wu y B Song, *et al.* (2018), se realizó una revisión sistemática de las intervenciones que tienen dos o más componentes, que ellos definen como “programas”, con el objetivo de evaluar la efectividad de los mismos para la prevención, específicamente en Unidades de Cuidado Intensivo. Como resultado se encontró que los componentes varían de 2 a 11, y entre

los roles más comunes dedicados a la prevención se encontraron: cambios de posición, educación al personal y al paciente, uso de superficies de apoyo, evaluación de riesgo, valoración de la piel, valoración nutricional, y participación de equipos multidisciplinarios. La educación era una función de los especialistas en manejo de heridas y en piel. Las rondas eran responsabilidad de líderes del programa o del proyecto de calidad, que, en Colombia, puede ser comparable con la seguridad al paciente. La eficacia se midió en relación con la disminución de la prevalencia, la incidencia y la gravedad de las lesiones por presión y, encontraron que, en 4 de 8 estudios de investigación, la disminución de la incidencia acumulada fue significativa.

También, como resultados de este seguimiento, se concluyó que los paquetes de atención mostraron más eficacia que los de un solo componente. Sin embargo, los paquetes tienen variaciones en el uso de las escalas de valoración de riesgo de lesiones de piel que no han demostrado su efectividad, las estrategias que se establecen en las guías de práctica clínica como la hidratación, el uso de superficies de apoyo, la evaluación nutricional y los cambios de posición, no presentan una evidencia fuerte en cuanto a la frecuencia. En cuanto a “la educación es mejor si se centra en la aplicación del conocimiento”, la participación de líderes mejora la adherencia a los protocolos y puede asegurar la permanencia del programa; por último, no es claro el costo económico de la creación de estos equipos y la implementación de las estrategias de prevención para las instituciones hospitalarias.(20)

Las estrategias con evidencia científica para la prevención de lesiones en piel han sido planteadas por los paneles de expertos de varios países como Estados Unidos, Canadá, Europa y se han adoptado en Latinoamérica. Una de ellas es el cambio de posición de los pacientes que tiene compromiso de la movilidad por diferentes causas, se propone realizarlo cada 2 horas en pacientes de alto riesgo, pero esta medida no cuenta con evidencia suficiente y no se ha establecido el tiempo adecuado que asegure la no aparición de estas lesiones por lo que esta estrategia ha salido de las guías, pero esto no quiere decir que no se realice. El uso de superficies especiales de apoyo toma mayor relevancia al disminuir en el 14% la incidencia de las lesiones por presión aunado a los cambios de posición. El ángulo de posición de la cama debe ser el más bajo posible para disminuir las fuerzas de cizalla y fricción que son causantes de estas lesiones, el decúbito lateral

también reduce la incidencia de estas lesiones.(21) Las guías de la GNEUPP agrupan la movilización, los cambios de posición, las superficies de apoyo y protección local para que tengan un efecto en la prevención, como medidas complementarias.(2)

La valoración nutricional es la recomendada en la prevención de las lesiones por presión para realizar un diagnóstico, establecer un plan terapéutico y realizar un seguimiento. Esta debe incluir el aporte de líquidos para mantener un estado de hidratación óptimo. Se realiza al ingreso del paciente y de manera periódica según la evolución.(2),(21)

Los apósitos multicapa de silicona colocados en las prominencias óseas de alto riesgo han disminuido la incidencia de lesiones por presión,(21) estos apósitos deben permitir la inspección diaria de la zona, no deben dañar la piel al retirarlos, deben ser compatibles con otras medidas de cuidado local como la hidratación.(2) La limpieza de la piel en pacientes con incontinencia debe ser realizada(2) con limpiadores que mantengan el pH ácido de la piel de 5 a 5.9 con emolientes, hidratantes o humectantes y en lo posible que no requieran de secado.(2) La hidratación debe ayudar a mantener la elasticidad de la piel y se aplica de forma suave hasta su absorción completa.(2)

La Protección de la piel incluye dos estrategias: el uso de productos absorbentes y los productos de barrera, entre los cuales se encuentra el óxido de zinc que tiene como desventaja su difícil retiro y que no permite la visualización de la piel por lo que tienen mayor recomendación las películas de barrera no irritantes que son transparentes y permiten la valoración de la piel. Estos productos forman una barrera impermeable al agua y a los irritantes de la orina y las heces.(2)

Dentro de las estrategias de prevención de las lesiones por adhesivo se sugiere (11):

- Cerciorarse de que la piel donde se aplica esté seca,
- El uso de barreras cutáneas para proteger la piel, especialmente cuando hay mayor riesgo de que se presenten,
- El adhesivo debe ser flexible, colocar el apósito con una presión firme y suave sin estirar la piel y asegurarse de que el apósito tenga contacto con ella.
- Para su retiro puede usarse removedor de adhesivos de silicona, sostener la piel y retirarlo lentamente de manera horizontal, en la dirección del crecimiento del vello.



Los desgarros cutáneos deben manejarse como una herida aguda, su limpieza favorece el cierre primario que es su objetivo, para ello se trata de usar vendajes no adherentes que retengan la humedad con componentes como mallas, siliconas, espuma, acrílico, hidrogel, hidrofibra, alginato de calcio. En la prevención es importante que las personas en riesgo usen ropa de manga larga o almohadillas protectoras en las extremidades, mantener la piel hidratada, evitar traumas durante los transportes y las movilizaciones.(18) Un pilar fundamental para evitar estas lesiones es la educación a los pacientes y al personal de salud sobre el manejo de los traumas, la transferencia y el reposicionamiento adecuado, la prevención de caídas; sobre la importancia de valorar la piel diariamente, la higiene de la piel con jabones de pH neutro, el control del edema, y la precaución de no usar adhesivos fuertes.(19)

Sobre lo anterior, al hablar de las buenas prácticas para la prevención es bueno anotar que estas han tenido una evolución significativa en los últimos años, sin embargo aquellas que tienen mayor dificultad, como es el reposicionamiento del paciente cada dos horas que es la intervención menos utilizada porque según Maallah y Cols, citados en un artículo de la Universidad Nacional de Colombia, publicado en la Revista Cubana de Enfermería (2017), “requiere mano de obra, tiempo y esfuerzo, lo que constituye un factor negativo para la prevención y debe incentivarse de alguna manera”. (13)

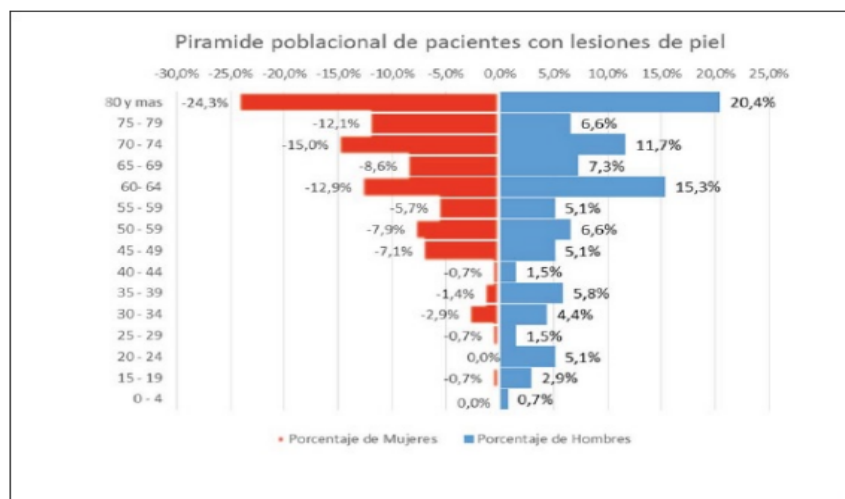
Para complementar los anteriores referentes teóricos, investigativos y normativos, se revisaron otros estudios relacionados con la presente investigación, entre los cuales se encontró un estudio de la prevalencia en Colombia (2017) sobre la epidemiología de lesiones de piel relacionadas con el cuidado que a continuación se referencia. Se trata de un estudio descriptivo transversal de prevalencia de periodo con participación de enfermeras que laboraban en instituciones de salud de diferentes niveles de atención en Colombia, realizado entre los meses de octubre y diciembre de 2016, para ello se usó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Para el análisis se incluyeron 277 encuestas diligenciadas por los pacientes en su totalidad, cuyos datos correspondían a instituciones colombianas.(15)

Las variables que se consideraron fueron: edad, sexo, etnia, y aseguramiento; lugar; tipo de institución, nivel de atención, especialidad del servicio; caracterización de la lesión y estrategias

de prevención. La prevalencia se halló identificando el número de pacientes con LPRC sobre el número de camas de todas las instituciones por cien. La información fue presentada mediante una estadística descriptiva. El estudio se clasificó como estudio sin riesgo, los participantes diligenciaron las encuestas de forma voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los datos y su utilización con propósitos académicos y científicos. Además, se reservó el nombre de las instituciones de donde se obtuvo la información.

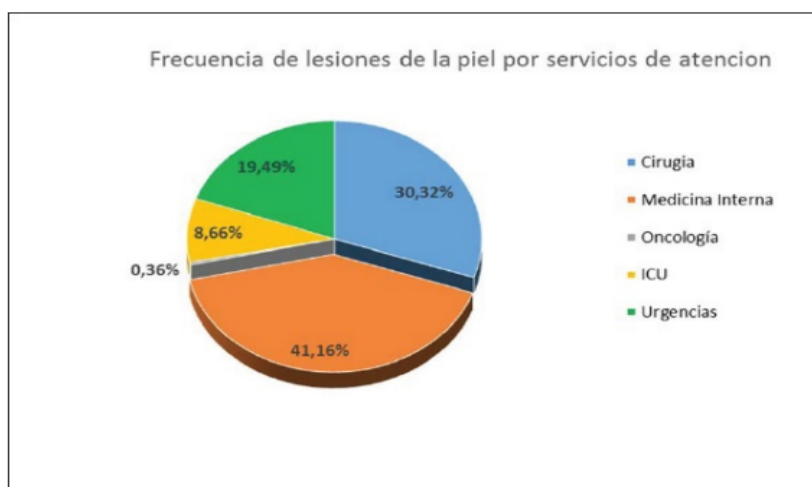
Como resultados, se obtuvieron registros de 46 instituciones del país, el 81,23% corresponde a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas, el 83,75% es del régimen de salud subsidiado y el 64,6% corresponde a instituciones prestadoras de salud IPS de cuarto nivel de atención. Los datos provienen de 11 departamentos, es decir, el 29% del territorio nacional. Los hallazgos muestran una población con LPRC en un 50,5% femenina, 88,8% mestiza, con edades entre 20 días y 96 años de edad, con un promedio de 63,9 años, dentro de los cuales la mayor frecuencia se da en pacientes mayores de 60 años con 67,1%; los grupos de edad más afectados se ubican entre 60 y 65 años, 70 y 74, con 14,8%, y 13,2% respectivamente, y el 10,4% entre 80 y 85 años.

*Renata Virginia González Consuegra, et al. Epidemiología de lesiones de piel relacionadas con el cuidado: estudio de la prevalencia en Colo...*



**Figura 1.**  
Pirámide poblacional de pacientes con lesiones de piel.

La prevalencia total establecida es de 5,2%, dato que agrupa las LPRCs en un 69,7% y de etiología metabólica el 30,3%, discriminadas así: UPPs el 43,1%, DAI el 10,2%, MARSÍ el 10,8%, Skin Tears el 5,5%. El servicio con mayor frecuencia de LPRCs es medicina interna el 41,16% y cirugía el 30,32% (Figura 2). Las LPRCs en el 40,79% son de origen intrahospitalario, el 37,55% domiciliario, el 1,36% proviene del lugar de remisión y el 8,3% se desconoce el lugar donde se originó.



*Figura 2.*  
Frecuencia de lesiones de la piel por servicios de atención.  
Fuente: elaboración propia

Las UPPs se presentan, en su mayoría, en el sacro, el 42%, DAI en genitales, el 56,8%, MARSÍ en miembros superiores, el 66,7% y Skin Tears, el 36,8%; LPD con lesión en el borde externo, el 82,1%; UV en maléolos, el 46,4 %, UA también en maléolos, el 29,41%. En cuanto al número de lesiones, se presentaron en simultaneidad dos en 19 pacientes, de las cuales la más común es la combinación UPP con DAI con siete casos, ocho tuvieron tres tipos de lesiones al mismo tiempo y siete tuvieron cuatro o más. Los hallazgos evidencian mayor detalle al describir las UPPs y mayor frecuencia, el 53,4% de las mismas presentes en 148 pacientes: 109 con una lesión, 24 con dos, 12 con tres y tres con cuatro. En cuanto al tiempo de evolución de las UPPs, el 38,3% oscila entre 1 y 15 días, el 28,5% entre 1 y 6 meses y el 27,4% entre 15 y 30 días. La combinación de etiologías que intervienen en mayor medida en la aparición de las LPRCs son cizalla, presión y fricción con el 49,8%. No se realizan cambios de posición en el 74,3%.

El 24,3% respondió que usa productos tópicos para el cuidado de la piel, entre los que se incluyen cremas hidratantes, ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y parches barreros anti escaras; sin embargo, el 90,6% respondió que desconoce los AGHO, el 95,1% indica que la institución carece de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y el 3,8% de los participantes señala que conoce demandas jurídicas contra las instituciones por aparición de LPRCs. De acuerdo con las medidas de prevención se indicó que las escalas de valoración de riesgo (EVRUPP) se utilizan en el 15,9%, de las cuales la más frecuente es el uso de Braden en el 50% y Norton en el 18%.

Finalmente se enfatiza en que la prevención de LPRCs debe ser liderada por la enfermería, a partir de la conciencia en la transparencia de los registros clínicos libres de acciones punitivas que permitan identificar el problema y tomar decisiones de manera mancomunada con el equipo interdisciplinario implicado en el proceso salud-enfermedad.

### 3. OBJETIVOS

Describir los resultados de la implementación de los programas de prevención de lesiones en piel en dos instituciones de alta complejidad de Medellín con el propósito de hacer recomendaciones que los fortalezcan.

#### **Específicos**

- 1.Describir la teoría de cambio que orientó la implementación de los programas en cada institución.
- 2.Analizar el proceso de implementación, identificando los facilitadores y las barreras.
- 3.Analizar el comportamiento de los indicadores a partir de la implementación de los programas de prevención de lesiones en piel.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Enfoque metodológico de la investigación**

El método de investigación que se empleó fue el estudio de casos múltiples que permite examinar un fenómeno a profundidad para obtener conclusiones generales. Los datos se recogieron por medio de una encuesta semiestructurada a los líderes de los programas de prevención de lesiones en piel y se analizaron los indicadores establecidos en cada institución para evaluar los resultados de estos.

### **4.2 Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo- del funcionamiento de los programas de prevención de lesión en piel en dos instituciones de salud de Medellín de alto nivel de complejidad

### **4.3 Población**

La población está representada por los programas de prevención de lesión en piel de dos instituciones de salud de cuarto nivel de atención en los cuales se atienden pacientes de varias especialidades quirúrgicas y clínicas, en unidades básicas y especializadas con diversidad de riesgo de sufrir lesiones de piel.

### **4.4 Diseño muestral**

Se realizó un diseño por conveniencia, de dos instituciones de cuarto nivel de atención que tenían un programa de prevención de lesiones en piel en diferentes etapas de desarrollo.

Los criterios de inclusión fueron:

- Instituciones de salud de alta complejidad.
- Estar ubicada en la ciudad de Medellín
- Tener un programa de prevención de lesiones en piel.

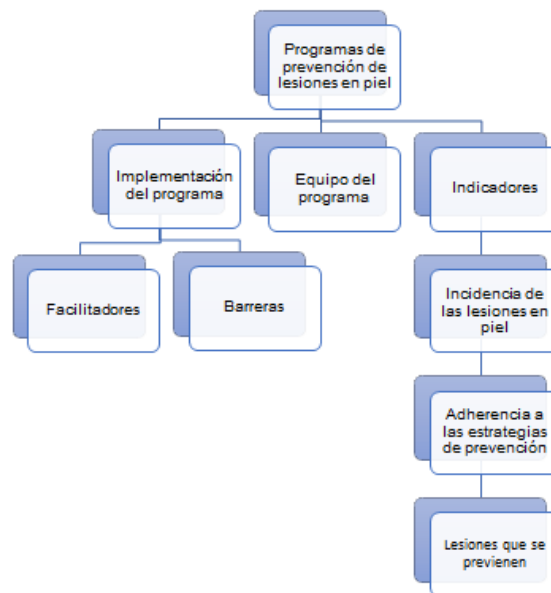
Los criterios de exclusión fueron:

- No aceptar participar del estudio

- No estar ubicada en la ciudad de Medellín
- Prescindir de un programa de prevención de lesiones de piel.

#### 4.5 Descripción de las Variables

**Diagrama de Variables**



#### 4.6 Técnicas de Recolección de Información

La recolección de la información se realizó por medio de un cuestionario semiestructurado, que se aplicó a los líderes de los programas de prevención de lesiones en piel. Además, se revisó la información existente en la institución, acerca del programa para construir la teoría inicial del programa. Adicionalmente se tomaron datos de los indicadores establecidos por cada programa.

#### Fuentes de Información

Las fuentes de información que se usaron fueron primarias y secundarias:

- Encuesta a líderes de los Programas de prevención de lesiones en piel
- Registros de lesiones en piel.
- Registros de indicadores de eventos adversos
- Documentos sobre el programa.

### **Instrumento de Recolección de Información**

#### **Cuestionario:**

1. ¿Cuál es el problema o la oportunidad de mejora que quiere impactar el programa de prevención de lesiones en piel?
2. ¿Por qué o cuáles cree que sean las causas de las lesiones por dependencia en los pacientes de la institución en la que labora?
3. ¿Qué ha sido efectivo o no lo ha sido para abordar el problema de las lesiones por dependencia?
4. ¿Por qué cree que las lesiones por dependencia son un problema en la institución?
5. ¿Cuáles son las consecuencias de las lesiones por dependencia para aquellos que están directamente afectados, y aquellos que están indirectamente afectados?
6. ¿Por qué vale la pena prevenir las lesiones por dependencia?
7. ¿Qué beneficios tiene para la institución el programa de prevención de lesiones en piel?



8. ¿Qué contribuye a que el programa de prevención de lesiones en piel tenga éxito? (facilitadores)
9. ¿Cuáles son las barreras para que el programa de prevención de lesiones en piel funcione? ¿Cómo se han superado o cómo se superarán estas barreras?
10. ¿Qué tiene el programa de prevención de lesiones en piel que cree usted que marca la diferencia?
11. ¿Qué más se necesita el programa de prevención de lesiones en piel para lograr los resultados esperados?
12. ¿Quién o qué podría suplir estas necesidades?
13. ¿Cómo buscará el programa de prevención de lesiones en piel cubrir estas necesidades?
14. ¿Ha tenido impactos negativos el programa de prevención de lesiones en piel? ¿Cómo surgieron?,¿Qué se hizo para reducir este impacto negativo?
15. ¿Puede darme un ejemplo de dónde el programa de prevención de lesiones en piel esté funcionando realmente bien? ¿Cómo se ve cuando funciona realmente bien? ¿Qué crees que hace que funcione bien en este caso?
16. ¿Puede darme un ejemplo de dónde el programa de prevención de lesiones en piel no está funcionando muy bien? ¿Por qué no funciona bien en este caso?
17. ¿Cuáles han sido los impactos del programa de prevención de lesiones en piel?

#### **4.7 Proceso de obtención de la Información (qué, quién, cómo, cuándo)**

La información para esta investigación se obtuvo por las investigadoras a través del análisis de las encuestas de los programas de prevención de lesiones de piel, a partir de los cuales se construyó la teoría del cambio

Adicionalmente se indagó sobre el programa y los indicadores que monitorea, a partir de búsqueda de registros y de encuesta semiestructurada a líderes del programa. La encuesta no trato aspectos sensibles ni personales de la persona, sino que contiene preguntas generales acerca del funcionamiento del programa en la institución.

## **5. CONSIDERACIONES ETICAS**

La Resolución No.008430 de 1993 del Ministerio de Salud en la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud determina que este proyecto es sin riesgo porque se obtendrá la información de documentos y encuestas sin alterar ninguna esfera del ser humano. Los datos a los que se tuvo acceso fueron tratados con la debida confidencialidad, sin vulnerar la identidad de ninguna de las instituciones incluidas en el estudio.

## 6. RESULTADOS

A través de la metodología de la teoría del cambio se describe la implementación de los programas de prevención de las lesiones en piel en las dos instituciones que aceptaron hacer parte del estudio. Ambas son instituciones de cuarto nivel de atención con unidades de alta dependencia y que tienen un programa de prevención de lesiones en piel como se estableció en los criterios de inclusión.

En la primera institución las razones que motivaron el origen del programa para el 2002 fueron la prevención de lesiones por presión en los pacientes hospitalizados, la necesidad de unificar criterios de prevención de estas lesiones y de sensibilizar al personal de la institución en la importancia de su prevención.

Tales lesiones las han clasificado como evitables y no evitables. Las evitables representan aproximadamente el 60% y las no evitables el 40%; estas últimas representan este porcentaje por el número de unidades de cuidado intensivo que hay en la institución. En estas unidades de alta dependencia las lesiones no evitables se dan por el estado crítico de los pacientes con los cuales se establece un protocolo de mínima manipulación, lo que no permite que se realice una «liberación significativa de la presión» y aunque hay estrategias de cuidado para evitarlas no es suficiente para cumplir con este objetivo. Otras que se clasifican como no evitables son las que se presentan en los pacientes agitados de estas unidades, quienes a pesar de que son adherentes a las estrategias de prevención, su estado no permite que sean exitosas; por último, hay otro subgrupo que a pesar de que se realizan las actividades de prevención y se les explican los riesgos de las lesiones por presión se oponen a estos cuidados.

Entre las causas de las evitables están la falta de capacitación del personal, el desconocimiento de los protocolos, la rotación del personal, la complejidad de los pacientes, la sobrecarga laboral que genera el agotamiento del personal, por lo que no se cumple fielmente con las estrategias del programa de prevención de lesiones por presión.

La eficacia del programa se ha logrado por el liderazgo de una enfermera en el programa de prevención de lesiones por presión que continuamente hace un seguimiento de este y de los eventos adversos, por la inclusión de todo el personal de enfermería y la creación de un grupo de vigías de piel, con aproximadamente 60, una por cada servicio, cuya labor es promover las estrategias de prevención de lesiones en piel, la educación y el entrenamiento de colegas y personal a cargo sobre el cuidado de la piel; la creación de estrategias para la prevención de lesiones por presión y la realización de la lista de chequeo sobre el cuidado de la piel.

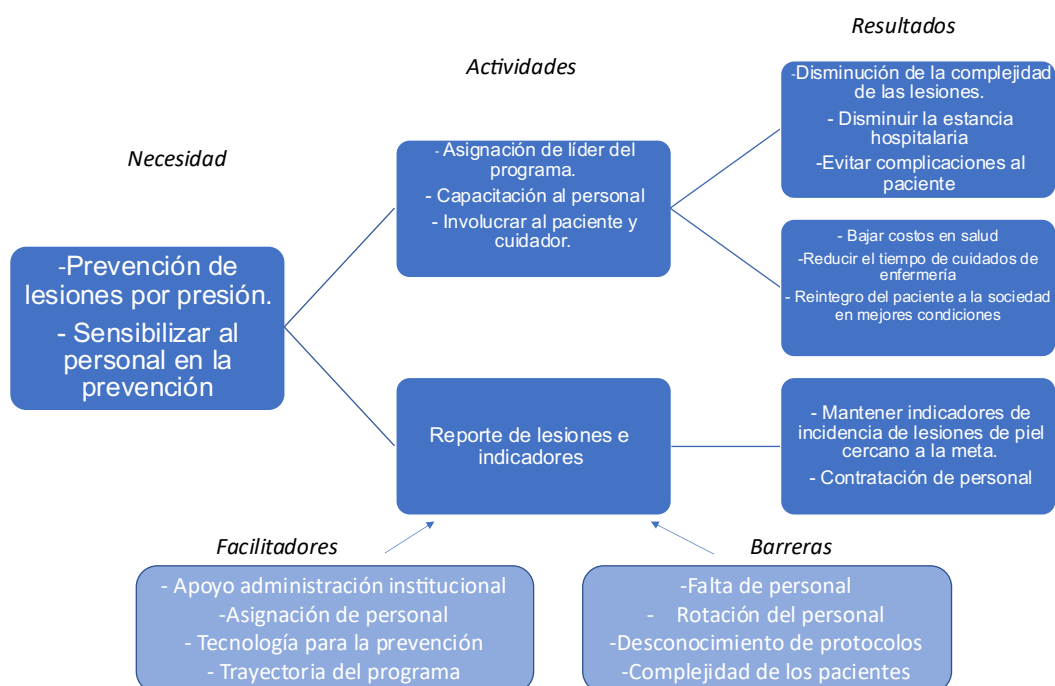
También la capacitación continua del personal a cargo de una enfermera especialista en manejo al paciente con heridas y ostomías lo hace sólido. Además, se involucra la familia en el cuidado de los pacientes y el apoyo administrativo ha sido incondicional para que se tengan los recursos tecnológicos y humanos necesarios para cumplir con las metas establecidas. Una de las cosas que favorece el funcionamiento del programa es su inicio temprano, mucho antes de que fuera un requisito de ley, lo que permitió que se tuviera un gran terreno ganado, ya que su enfoque siempre ha sido preventivo.

En la institución ven importante abordar este problema no solo por ser un indicador de calidad de atención, sino porque el no tenerlo genera un nivel bajo de satisfacción del paciente, la familia y el personal, al aumentar el riesgo de complicaciones de las patologías, la estancia hospitalaria, los costos para el paciente y para la institución, pues representan tiempo adicional de cuidado y especialmente deterioran el estado del paciente lo que afecta su funcionalidad y su inserción de nuevo a la sociedad.

Por otra parte, el programa podría ser mejor si se interviene la prevención de otras lesiones de piel asociadas a la dependencia como son las causadas por la humedad, por adhesivos y por dispositivos que, aunque en la institución se llevan estos indicadores no son específicos ni se tienen estrategias de prevención en los protocolos institucionales.

Las unidades donde el programa funciona bien tienen como fortaleza que el personal de enfermería es fijo y está empoderado de su servicio, como en la unidad de cuidado intensivo que es donde más se presentan estas lesiones, pero el equipo de la unidad detecta oportunamente los pacientes en riesgo y establece las acciones de prevención para disminuir la incidencia y severidad

de estas. Por el contrario, en las unidades como urgencias y atención inicial, la alta rotación de los pacientes y la carga laboral del personal hacen más difícil instaurar medidas de prevención. Finalmente, los resultados del programa se reflejan en la mejoría de los indicadores que están cercanos a la meta, en la disminución de las complicaciones de los pacientes lo que se traduce en menos costos para las personas, instituciones y sistemas de salud. En la siguiente gráfica se aprecia la forma como se establece la teoría del cambio en esta institución.



**Gráfica 1. Teoría del cambio en la primera institución**

En la segunda institución, el programa de prevención de lesiones en piel surge con el objetivo de sensibilizar al personal asistencial en la adherencia a la prevención de las lesiones en piel que se pueden presentar en los pacientes hospitalizados. Su principal estrategia es la educación al personal, al paciente y a la familia. Esto debido a que una de las causas que se identifican para la aparición de las lesiones de piel son: la no adherencia del personal a las estrategias de prevención de lesiones en piel, la rotación del personal, el aumento de los pacientes en las unidades de alta

dependencia derivados de la pandemia por SARCOV-2 y la prioridad de la atención de enfermería en otras actividades diferentes a la prevención de lesiones en piel.

Su efectividad está dada por la continuidad del programa que lleva tres años, el reporte de los eventos relacionados con las lesiones en piel, el análisis de los mismos de una manera oportuna con el personal asistencial implicado, por la estandarización y elaboración de planes de cuidado, y por la clasificación adecuada de las lesiones en piel que se presentan. A la vez que se consideran como un problema dentro de la institución porque son un indicador de calidad de la atención, porque aumentan la estancia hospitalaria, los costos de la atención y porque pueden generar complicaciones al paciente como las infecciones. Para esta institución también afecta la estrategia de *«atención centrada en la persona con un enfoque basado en valor»* que busca generar experiencias memorables, evitar eventos adversos u otros problemas de salud y, muy importante: la humanización en la atención en salud.

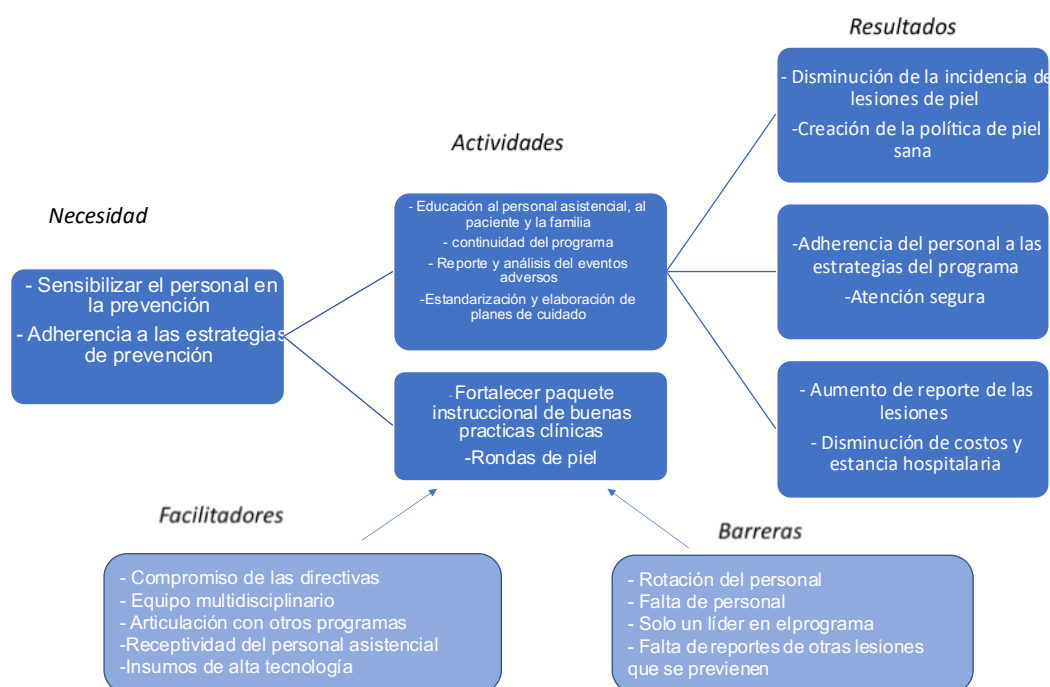
El beneficio del programa de prevención de lesiones en piel que se busca es lograr la atención segura de los pacientes, fortalecer el paquete instruccional de buenas prácticas clínicas para la seguridad del paciente en la atención en salud, la -prevención de úlceras por presión-, con las diferentes estrategias se ha disminuido el número de lesiones en piel presentadas durante el proceso de atención en salud dentro de la institución.

También en esta institución, en el programa de prevención de lesiones en piel se tienen en cuenta todas las lesiones asociadas a la dependencia, lo que marca la diferencia, pero se obtendrían mejores resultados si el personal médico y de enfermería fuera más adherente a las estrategias establecidas dentro del programa, tales como la educación a la familia y al paciente, el cumplimiento de los planes de cuidado y la realización de las rondas de piel en toda la institución. Durante la implementación del programa se aumentó el reporte de lesiones en piel de diferente etiología lo que ha contribuido para fortalecerlo porque da cuenta de las necesidades puntuales en materia de prevención de estas lesiones.

En la unidad de cuidado intensivo el programa funciona adecuadamente por la adherencia del personal a los protocolos y estrategias de prevención de lesiones en piel si se compara con la

unidad de urgencias donde el personal no es tan adherente por las características del servicio en infraestructura y donde hay una alta rotación de pacientes.

La mayor eficacia del programa está en la disminución de las lesiones en piel como son las causadas por dispositivos en neonatos, la adherencia del personal a las estrategias establecidas, el fortalecimiento en la prevención de lesiones en piel con la política de piel sana, de acuerdo con las definiciones del programa y los protocolos de la institución. También ha aumentado el reporte de estas lesiones lo que posibilita el mejoramiento continuo. El siguiente gráfico representa la teoría del cambio en esta institución.



**Gráfica 2. Teoría del cambio en la segunda institución**

**Facilitadores y barreras en la implementación del proceso.** Durante la implementación de los programas de prevención de lesiones de piel se han tenido que sobrepasar barreras.

En la primera institución la principal barrera para que el programa funcionara adecuadamente era la falta de personal, lo que se ha superado con la ayuda de la administración que ha visto el



programa como favorable y lo ha fortalecido con la vinculación del personal requerido para liderarlo, solo enfocado en el programa y en capacitar al personal para cumplir con las metas.

Otras barreras que se han presentado son: la rotación del personal por los diferentes servicios, el desconocimiento de los protocolos por el personal nuevo, la complejidad de los pacientes que se atienden en la institución, lo que da lugar a lesiones no prevenibles y la falta de personal que genera sobrecarga laboral y pocas posibilidades de cumplir con las estrategias de prevención de lesiones en piel.

Al igual que en la primera institución en la segunda se identifican como barreras para el buen funcionamiento del programa la rotación del personal y la falta de personal, especialmente en el área de urgencias por lo que no es posible cumplir con las capacitaciones programadas y solo hay un líder en el programa que además tiene otras responsabilidades en la institución por lo que es difícil cumplir con todas las actividades como las rondas de piel, esto trata de solventarse mediante las capacitaciones en los servicios y la realización de rondas de piel en las unidades con alto riesgo de presentar las lesiones por dependencia.

En cuanto a los facilitadores las dos instituciones tienen un denominador común en la implementación de los programas, con el apoyo de la alta gerencia o de la administración que han visto los beneficios de contar con estos.

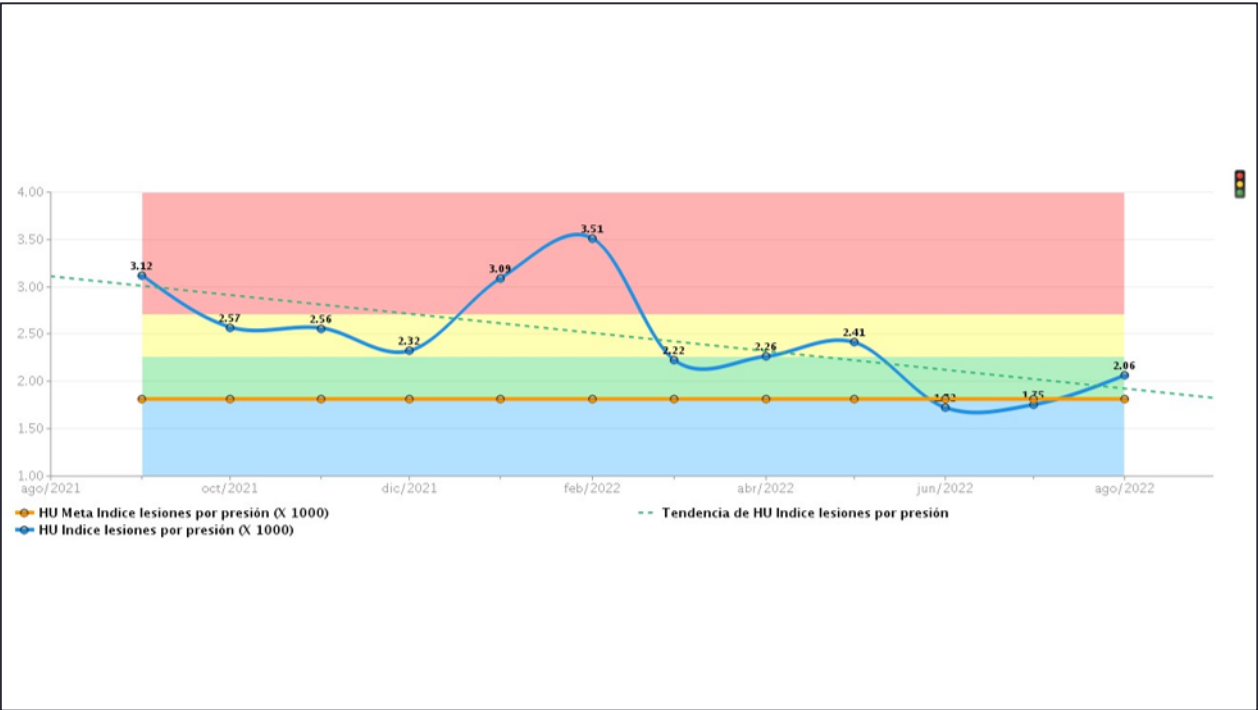
En la primera institución el apoyo se ha dado con el aumento del personal en el programa, la contratación de enfermeras especialistas en el manejo de pacientes con heridas y ostomías que lideran el programa y con el apoyo a la creación del grupo de vigías de piel, también con el personal asistencial de las diferentes áreas que se encarga de promulgar las estrategias de prevención de estas lesiones. La administración también apoya el uso de tecnologías en salud para la prevención de las lesiones en piel. La educación a los pacientes y cuidadores es otra estrategia ganadora en la prevención de estas lesiones. Una de las fortalezas más grandes en esta institución es que el programa existe hace varios años, incluso antes de que fuera de obligatorio por ley del ministerio de salud.

En la segunda institución, el compromiso de las directivas, la formación de un equipo multidisciplinario, la articulación con otros programas de la institución como el de seguridad al

paciente y otras estrategias de las unidades de alta dependencia, la receptividad del personal asistencial como facilitador en el proceso de formación, así como el uso de insumos tecnológicos para la prevención; son factores que han sido favorables para el programa.

**Análisis de los indicadores a partir de la implementación de los programas de prevención de lesiones en piel.**

Cabe mencionar que, aunque el programa inició antes, solo cuando la historia clínica se hizo digital comenzaron a realizarse los registros de este tipo. En la primera institución el indicador elegido para evaluar el funcionamiento del programa fue el índice de lesiones por presión reportado por cada 1000 pacientes hospitalizados como se ve en la siguiente gráfica.



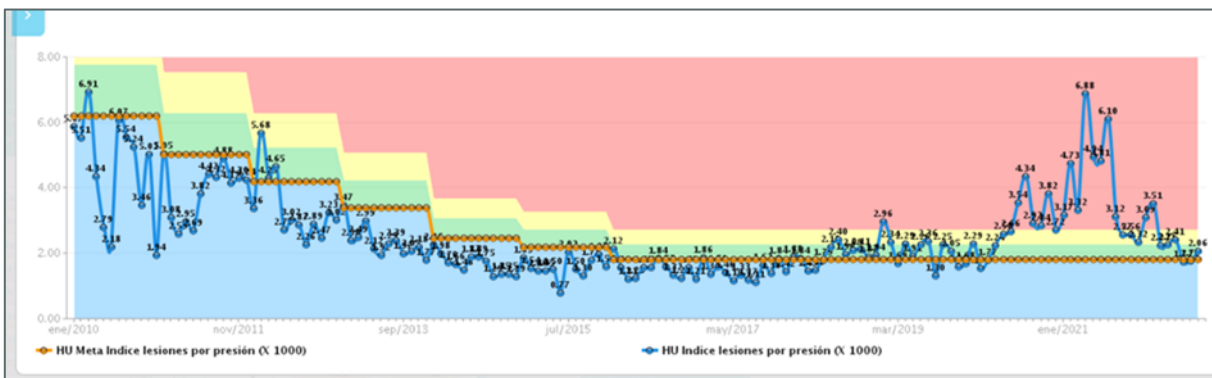
**Gráfica 3. Tendencia del índice de lesiones por presión en la primera institución**

Esta gráfica muestra la tendencia del último año de las lesiones por presión. En la primera institución, se aprecia que el índice de lesiones por presión desde agosto de 2021 hasta julio de 2022 aunque aún no se cumple la meta del programa hay una tendencia a la disminución de las

lesiones por presión luego de la emergencia sanitaria por SARScov 2 cuando estas lesiones aumentaron.

Para 2022 la meta es baja. Por cada 1000 pacientes se permite tener menos de 2 pacientes con lesiones por presión (1.81 por 1000) pero de 7 mediciones solo se ha logrado cumplir la meta en 2 meses.

Este indicador esta medido desde 2010 con una meta de 6.2 por cada 1000 pacientes inicialmente, como se muestra en la siguiente gráfica.

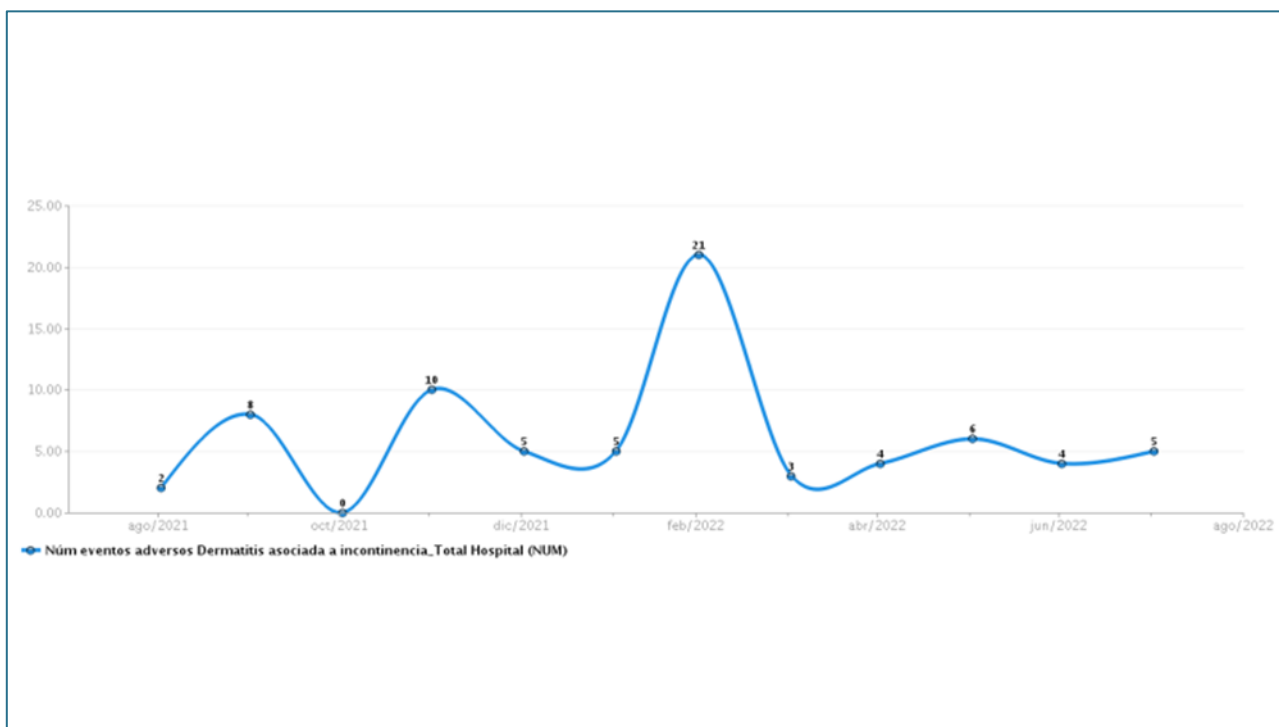


**Gráfica 4. Índice de lesiones por presión de 2010 a 2021, en la primera institución**

En relación con este indicador al principio se tenían metas altas que se cumplían con facilidad por lo que se reajusta con el paso del tiempo según la tendencia de la institución que cambia por las estrategias del programa de prevención de lesiones en piel, de tal manera que la meta cada vez es más retadora y se busca cada vez menor número de lesiones. Al valorar la tendencia de las lesiones por presión se encuentra un aumento muy superior a las metas en 2021, época de la pandemia por SARScov2 cuando la capacidad hospitalaria aumentó y el estándar de enfermería cambió lo que no permitió que los protocolos de prevención de lesiones en piel funcionaran de la mejor manera.

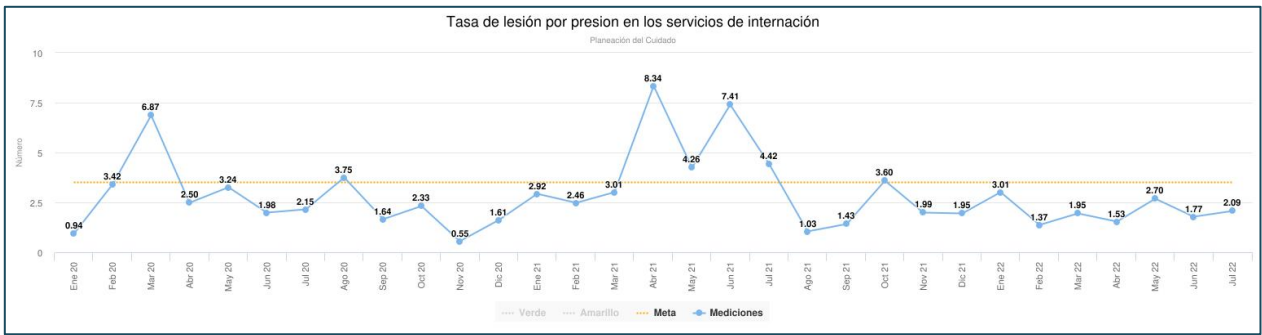
En esta institución también se reportan dentro de los eventos adversos, las dermatitis asociadas a la incontinencia y las esfacelaciones o desgarros cutáneos desde 2015. Aunque el programa no interviene en su prevención y no se tienen especificadas las causas que pueden ser prevenibles,

estas incluyen también las lesiones por fricción, como indicadores informativos que no tienen ninguna meta planteada, que tienen un comportamiento fluctuante, y que no son un número representativo, con un pico de 21 lesiones de este tipo en el mes febrero del presente año, pero que es un situación recurrente; de 2 a 10 casos, en los pacientes de la institución, como puede verse en la siguiente gráfica.



**Gráfica 5. Número de eventos adversos -dermatitis asociada a la incontinencia- en la primera institución**

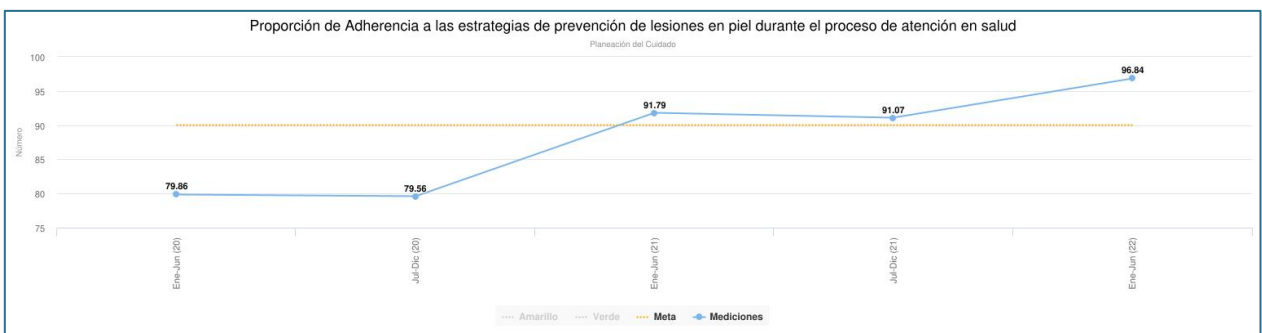
En la segunda institución que hizo parte del estudio el indicador que se lleva para la evaluación del programa de prevención de lesiones en piel es la tasa de lesiones por presión en los servicios de internación.



**Gráfica 6. Tasa de lesiones por presión, segunda institución**

La meta establecida en la institución para este indicador es del 3.3. Durante el funcionamiento del programa la medición ha estado cercana o por debajo de la meta con algunos picos durante los primeros meses de inicio del funcionamiento del programa, y otros en los meses de marzo a julio de 2021.

El otro indicador de relevancia en esta institución para la evaluación del programa es el de la proporción de adherencia a las estrategias de prevención de lesiones en piel durante el proceso de atención en salud.



**Gráfica 7. Proporción de adherencia a las estrategias de prevención de lesiones en piel durante el proceso de atención en salud, segunda institución**

La meta establecida por la institución es del 90% , con proporciones por debajo de la meta al inicio del programa, pero luego de un año de funcionamiento del programa de prevención de lesiones en piel, esta proporción subió por encima del 90% al superar en 2022 el 95%.

## 7. DISCUSIÓN

Los programas de piel sana representan una estrategia de prevención de lesiones de piel asociadas a la dependencia de los pacientes en situación de hospitalización que se realizan en las diferentes instituciones de salud de alta complejidad para disminuir su incidencia. Las estrategias de los paquetes de prevención de dichos programas como son el trabajo en equipo, la educación al personal de salud, la valoración del riesgo, la evaluación de la piel, las superficies de apoyo, el reposicionamiento, la protección de la piel, las rondas periódicas de enfermería, la participación del paciente y de su familia, son estrategias descritas en la revisión sistemática realizada por Gaspar, Susana, *et al.*, de la Universidad de Lisboa - Portugal, (14) y se han adoptado por los programas de piel descritos en este estudio con resultados favorables.

En relación con la pregunta planteada en este estudio, los hallazgos encontrados en la mejoría en la prevalencia de las lesiones por presión y en su gravedad, gracias a las estrategias de prevención empleadas, relacionadas con el resultado de la implementación de los programas de prevención de lesiones en piel en dos instituciones de alta complejidad de Medellín; aunque las metas planteadas para cada institución son diferentes porque dependen de la epidemiología de cada una, los programas han logrado mantener la prevalencia de estas lesiones cercana o por debajo de la meta.

En la presente investigación se muestra la teoría del cambio como una herramienta útil para describir el inicio y la evolución de los programas de prevención de lesiones de piel en las dos instituciones de salud de alta complejidad, tanto desde la prevención, la capacitación al paciente, su familia y demás cuidadores y el personal asistencial, como las intervenciones que se han realizado en cada una de ellas para disminuir su incidencia.

Es así como la teoría del cambio es una representación visual de cómo funcionan estos programas, o sea en este caso, los programas de prevención de lesiones de piel, al identificar los factores que han contribuido para obtener buenos resultados, y cuáles son las acciones y determinantes que han marcado la diferencia para que estos permanezcan en el tiempo, cuál es el apoyo que han

recibido y las estadísticas que demuestran que son costo efectivos para estas instituciones y como han contribuido para evitar complicaciones en los pacientes hospitalizados y cómo cada actor se vincula en el logro de los objetivos.

Así pues, la teoría del cambio expuesta en este trabajo da cuenta de las intervenciones que realiza cada institución en la prevención de lesiones de piel y cuáles de estas estrategias ha funcionado mejor, como también las barreras y los facilitadores encontrados para obtener buenos resultados con la implementación de estos programas.

Cabe anotar que la institución número uno se adelantó a la prevención de lesiones de piel sin aun tener un programa estipulado como tal, pero al ser institución referente en la prestación de servicios de salud de alta complejidad y recibir gran número de pacientes no solo de Medellín sino del país entero implementó este programa como una respuesta a la necesidad de prevenir las lesiones de piel en el paciente hospitalizado y vincular al personal asistencial en la prevención de estas.

Las personas que tienen participación clave en estos programas han sido los líderes de los programas, el paciente como centro del cuidado, la educación a este y a los cuidadores, las directivas administrativas con su apoyo para permitir la disponibilidad de altas tecnologías y el recurso humano suficiente para que estos programas tengan se lleven a cabo con éxito.

Para la institución 1 la meta es de 2 por cada 1000 pacientes y, en el último año, ha estado por encima de esta meta, pero con tendencia a la disminución, lo que posiblemente ha sucedido por la rotación y la falta de personal en los diferentes servicios que es una de las barreras que se presenta para el adecuado funcionamiento del programa.

En la institución 2 la meta es de 3,3 lesiones por cada 1000 pacientes y desde el inicio del programa la tendencia es a mantenerse por debajo de esta línea. En esta institución se ha trabajado fuertemente en la adherencia a las estrategias de prevención de lesiones en piel que para 2022 es de un 95% por encima de la meta para este indicador que es del 90%.

Los programas de prevención reducen el tiempo requerido para la atención con relación al tiempo usado en el tratamiento de una lesión, al disminuir los índices de incidencia y prevalencia de



lesiones de piel (13). Así se demuestra en las estadísticas de las instituciones que participaron en este proyecto.

El común denominador en las estrategias de prevención de lesiones en piel está en la conformación de un equipo multidisciplinario, el uso de tecnologías para la prevención de estas lesiones como superficies especializadas en la disminución de presión, los apósitos especiales, entre otros que no fueron especificados en las entrevistas.

De acuerdo con Las rondas de piel sana, la inclusión en la prevención de los cuidadores y el personal asistencial, la asignación de un líder del programa, el apoyo de la administración, son estrategias que se describen en la revisión sistemática ya citada, realizada por Gaspar, Susana, *et al.* (14)

Es necesario destacar que la participación de los líderes del programa mejora la adherencia a los protocolos y puede asegurar la permanencia mismo. (20) lo que se evidencia como un facilitador en las teorías del cambio que se revisaron. También tiene relevancia la inclusión de la prevención de las lesiones asociadas a la dependencia en la política de calidad de ambas instituciones, esto permite que se dé este gran apoyo a los programas.

El objetivo de estos programas relacionados con la seguridad del paciente, es el planteado por el Ministerio de Salud en el paquete instruccional, así: prevenir estas lesiones y disminuir su incidencia al fortalecer el conocimiento y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras del equipo de salud al cuidado de los pacientes hospitalizados, (1) objetivo que se cumple en ambos programas.

La barrera más importante que se presenta en las dos instituciones es la rotación del personal o la falta de este, debido a que por esta razón se presenta la sobrecarga laboral, las dificultades en su capacitación continua y la falta de adherencia a los protocolos de prevención de lesiones en piel, esto de alguna manera se ha solventado con el esfuerzo de las líderes del programa.

Los servicios donde se cumple con mayor eficiencia el programa son las unidades de alta dependencia como la unidad de cuidado intensivo. En estas unidades, el personal no tiene tanta rotación como en los otros servicios y la adherencia a los protocolos de prevención de lesiones en

piel es mayor. En estas unidades también existen otro tipo de protocolos, como el de movilización temprana, que hacen sinergia con este, y que logran un mayor cumplimiento de las metas.

En las unidades de urgencias donde la infraestructura es diferente y la rotación de los pacientes es mayor, el cumplimiento de las estrategias de prevención de lesiones en piel es más complejo, aunque la incidencia de estas lesiones en estos servicios es menor por la corta estancia de los pacientes en estas áreas.

De acuerdo con la Declaración SIPIELA, Colombia 2015, las lesiones de piel relacionadas con el cuidado (LPRCs) representan un importante problema de salud pública en virtud de los impactos negativos no solo en la salud, sino también en la economía, y en las dimensiones físicas, sociales y psicológicas de las personas que las padecen y para sus cuidadores. Así mismo, se generan cargas importantes de tipo económico y de trabajo en el equipo de salud. (15), lo que fue uno de los hallazgos en las teorías del cambio de las instituciones participantes como factor negativo.

En el último consenso de 2020, publicado por la GNEAUPP, no solo se tienen en cuenta las lesiones por presión, si no otras lesiones de piel asociadas a la dependencia, que son prevenibles, y que deberían incluirse en estos programas porque al igual que las lesiones por presión, afectan la calidad de vida de los pacientes, aumentan los costos en salud y la estancia hospitalaria. Estas lesiones son las ocasionadas por la fricción, la cizalla y las lesiones asociadas a la humedad.

Aunque en ambas instituciones se han tenido en cuenta estas lesiones, no es completa la gestión de su prevención. Estas lesiones tienen aspectos comunes con las lesiones por presión para prevenirlas, aunque sus causas y manejo puede ser diferente.

La institución 1 tiene algunas estadísticas en las que se evidencian pocos casos, no están clasificadas, ni detalladas, pero son reportadas al paciente por seguridad; sin embargo, pese a que se hace un seguimiento, no existe un protocolo para su prevención. En la institución 2 aunque están incluidas dentro del programa de prevención de lesiones en piel, no hay un indicador que demuestre si las estrategias adoptadas impactan en su presentación.

Los programas de piel sana en Colombia se han creado o se han fortalecido, como es el caso de la institución1, por el direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que creó el

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) que obliga la medición de los eventos adversos. (4)

Además, este ministerio elaboró un paquete instruccional de prevención de úlceras por presión con el objetivo de dar herramientas con evidencia científica para disminuir la incidencia de las lesiones por presión. Esta puede ser una razón por la cual las instituciones de salud se han enfocado más en la prevención de estas lesiones y no en las demás lesiones asociadas a la dependencia.

El ministerio igualmente establece que se debe hacer una medición de la seguridad del paciente y estas otras lesiones son eventos adversos prevenibles que deberían medirse para garantizar una atención de buena calidad.

### **Limitaciones**

- El tamaño de la muestra fue pequeño lo que limita un análisis más riguroso de los resultados en la implementación de los programas de prevención de lesiones en piel, pero se logra describir la teoría del cambio de la creación de los programas de prevención de lesiones en piel.
- Las metas para la prevención de lesiones en piel no están estandarizadas por los entes reguladores (Ministerio de Salud y Protección Social) lo que no permite un análisis objetivo de este indicador. Estas son estipuladas por cada institución según su epidemiología.
- Las instituciones solo reportan los indicadores exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que no se tiene información específica de la prevalencia de las otras lesiones asociadas a la dependencia; por tanto, no se puede evaluar la efectividad de estos programas en la prevención de estas o la importancia de tener estrategias para prevenirlas en estos.
- El cuidado de la piel en las instituciones de salud sigue siendo un punto diferenciador en la prestación de servicios de salud de calidad.

- Los servicios de urgencias por la complejidad en la atención de pacientes y alta rotación de personal, son el reto para estos programas de prevención de lesiones de piel, ya que son en estos es poco efectivo el programa.

## 8. CONCLUSIONES

- Los paquetes de prevención de lesiones de piel, más que las acciones individuales, demuestran resultados favorables en la prevención, al incluir múltiples estrategias que demuestran su eficiencia; la prevención de las lesiones en piel en los pacientes hospitalizados lo que hace que los programas de prevención de lesiones en piel constituyan una herramienta importante.
- Según las personas entrevistadas las estrategias que tienen mejores resultados para la adherencia y continuidad de los programas de piel sana son la asignación de un líder del programa, la educación del personal asistencial y de los cuidadores.
- La medición de la seguridad del paciente debe evidenciar una buena calidad de la atención en salud, los programas de prevención de lesiones en piel establecen estrategias para prevenir uno de los eventos adversos prevenibles que se presentan en las instituciones de salud como son las lesiones asociadas a la dependencia.
- El apoyo de la dirección institucional es de vital importancia para el desarrollo de estos programas de prevención de lesiones de piel, ya que permiten que se cuente con las tecnologías apropiadas para la prevención de lesiones, la inversión en superficies especiales para el manejo de la presión SEMP y la adquisición de especialistas en el cuidado de personas con heridas y ostomías que lideren estos programas.
- Las estrategias implementadas por las unidades de cuidados intensivos y que han sido efectivas para la prevención de lesiones de piel deben ser replicadas en los demás servicios.

## 9. RECOMENDACIONES

- Las otras lesiones prevenibles, como son las lesiones causadas por adhesivos, tienen una prevalencia de 0.72 con un tiempo de evolución de 1 a 15 días. Según un estudio descriptivo transversal de prevalencia de estas lesiones que se realizó en Colombia en 2018. (16), estas generan un aumento en la estancia hospitalaria y en los costos de atención por lo que también deberían tenerse en cuenta en estos programas.
- Los desgarros cutáneos son lesiones poco conocidas y pueden complicarse debido a que se subestima su importancia por parte del personal de salud, lo que implica repercusiones económicas y sociales. Estos son prevenibles y tienen una prevalencia de 3.3% a 22% en pacientes hospitalizados, según estudio realizado por Strazzieri-Pulido, et al. en 2015 (19).
- Las lesiones asociadas a la humedad también deberían tener un seguimiento con indicadores, ya que es otra de las complicaciones que se presentan con frecuencia.
- Las estrategias establecidas por los programas de prevención de lesiones de piel, en especial las de educación y valoración de la piel, pueden contribuir en la prevención de otras lesiones asociadas a la dependencia.
- Se debería contar con un manual de buenas prácticas en salud direccionado a prevenir las lesiones en piel relacionadas con la dependencia, que estandarice las metas en el manejo y prevalencia de estas.
- Como estrategia fundamental para la detección y tratamiento temprano de las lesiones en piel, se hace necesario contar con un grupo especializado que tenga una capacitación continua en este aspecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud y protección social. Prevención de úlceras por presión. Paquetes instruccionales. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” [Internet]. Disponible en:  
<https://minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/prevenir-ulceras-por-presion.pdf>
2. Paniagua-2020.-LRD.-Prevención-clasificación-y-categorización.pdf [Internet]. [citado el 7 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/08/Paniagua-2020.-LRD.-Prevencio%CC%81n-clasificacio%CC%81n-y-categorizacio%CC%81n.pdf>
3. Herraiz Adillo Á, Romero Parrilla JJ, Herraiz Adillo Á, Romero Parrilla JJ. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria: estudio de Cuenca. Gerokomos. 2021;32(2):111–6.
4. Resolución 1446 DE 2006 [Internet]. 2022 [citado el 16 de febrero de 2022]. Disponible en: [http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46271/r\\_mps\\_1446\\_2006.html](http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2006/46271/r_mps_1446_2006.html)
5. González-Consuegra RV, Cardona-Mazo DM, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Revista de la Facultad de Medicina. julio de 2014;62(3):1–32.
6. Hernández Bernal NE, Bulla AP, Mancilla López E, Peña Peña LV, Hernández Bernal NE, Bulla AP, et al. Prevalencia de lesiones de piel asociadas a la dependencia física en geriátricos e instituciones de salud de Tunja. Gerokomos. 2021;32(1):51–6.
7. MEDINA JIMÉNEZ, AIDA PATRICIA.pdf [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en:  
<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/6981/MEDINA%20JIM%c3%89NEZ%20%AIDA%20PATRICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Valls-Matarín J, Del Cotillo-Fuente M, Ribal-Prior R, Pujol-Vila M, Sandalinas-Mulero I. *Incidence of moisture-associated skin damage in an intensive care unit. Enferm Intensiva. marzo de 2017;28(1):13–20.*
9. Páginas - Seguridad del Paciente [Internet]. 2022 [citado el 18 de febrero de 2022]. Disponible en:  
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
10. memorias-sipiela-colombia-2018.pdf [Internet]. [citado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://integridaddelostejidosun.files.wordpress.com/2018/09/memorias-sipiela-colombia-2018.pdf>
11. Roa M. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. :52.
12. Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf [Internet]. [citado el 8 de marzo de 2022]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Monitorear-aspectos-claves-seguridad-paciente.pdf>
13. González-Consuegra RV, Hernández-Sandoval YT, Matiz-Vera GD, González-Consuegra RV, Hernández-Sandoval YT, Matiz-Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. septiembre de 2017 [citado el 26 de abril de 2022];33(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192017000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192017000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
14. Gaspar S, Peralta M, Marques A, Budri A, Gaspar de Matos M. Effectiveness on hospital-acquired pressure ulcers prevention: a systematic review. *Int Wound J.* octubre de 2019;16(5):1087–102.
15. Consuegra R, Zuluaga W, Lizcano K. Epidemiology of care-related skin injuries: prevalence study in Colombia. *Rev Enf Ref.* el 18 de diciembre de 2017; IV Série(Nº15):65–72.



16. Consuegra RVG, Zuluaga WJL, Lizcano KTR. Uso de adhesivos médicos y lesiones de piel: prevalencia en Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*. el 25 de marzo de 2020;19(1):e015–e015.
17. Kelly-O’Flynn S, Mohamud L, Copson D. Medical adhesive-related skin injury. *Br J Nurs*. el 26 de marzo de 2020;29(6):S20–6.
18. K Z. *Understanding Moisture-Associated Skin Damage, Medical Adhesive-Related Skin Injuries, and Skin Tears. Advances in skin & wound care [Internet]. agosto de 2017 [citado el 15 de abril de 2022];30(8)*. Disponible en: <https://pubmed.cesproxy.elogim.com/28727593/>
19. LeBlanc K, Langemo D, Woo K, Campos HMM, Santos V, Holloway S. *Skin tears: prevention and management. Br J Community Nurs*. el 1 de septiembre de 2019;24(Sup9):S12–8.
20. *The effectiveness of multicomponent pressure injury prevention programs in adult intensive care patients: A systematic review. International Journal of Nursing Studies*. el 1 de febrero de 2020;102:103483.
21. Mervis JS, Phillips TJ. *Pressure ulcers: Prevention and management. J Am Acad Dermatol*. octubre de 2019;81(4):893–902.

## ANEXOS

### ANEXO 1.

#### ENTREVISTA INSTITUCIÓN 1

Entrevista líder del programa

1. ¿Cuál es el problema que se quiere impactar con el programa de prevención de lesiones en piel?

En primer lugar no es un programa de prevención de lesiones en piel, es un programa de prevención de lesiones por presión nació en el año 2002 como una necesidad de disminuir el índice de lesiones por presión intrahospitalarias y desde ese año ha sido el objetivo principal, ya posteriormente con la habilitación ya no fue un valor agregado de la institución sino un requisito de ley, toda institución tiene que tener una programa de prevención de lesiones por presión y este es el objetivo principal, igual se identifican otros tipos de lesiones en piel y es importante identificarlas y reconocerlas porque se tienden a reportar como lesiones por presión, se da claridad que no son lesiones por presión y algunas lesiones se les da la categoría que corresponde llámese lesiones por humedad, llámese esfacelación que es como está catalogado el reporte en el hospital y se aclara si fueron por un adhesivo u otra causa.

2. ¿cuál crees que es la causa de las lesiones por presión en el hospital?

Tenemos diferentes causas, las lesiones las tenemos clasificadas y también se hace un análisis de evitabilidad, se clasifican como evitables y no evitables, entonces las lesiones no evitables son lesiones que están asociadas al estado de salud el paciente, tenemos unos pacientes ya identificados que pudieran generar ese tipo de lesiones como son los pacientes que están en protocolo de mínima movilización que aunque se les hacen unas intervenciones de cuidado de piel, el grupo medico ordena no voltear el paciente, y no se valora la piel por un determinado

tiempo porque esta inestable, ese paciente va tener unas lesiones en piel, lo que hacemos con el cuidado es disminuir el número y la severidad de las lesiones pero es imposible evitarlas sino se están haciendo las intervenciones de liberación significativa de la presión. Se tienen otras medidas de protección como protegerlo con los apósitos de espuma, pero ya sabemos que la presión sostenida en pacientes que tienen un alto riesgo de presentar lesiones por presión y además tienen unas condiciones clínicas adversas hacen que se presenten lesiones por eso lo consideramos como lesiones no evitables. Otro tipo de pacientes que consideramos con lesiones no evitables son los pacientes que están agitados, que son los pacientes con agitación sicomotora que muchas veces lo que el médico está mirando es como va a despertar, entonces no tiene indicación de un sedante sino que se está evaluando su respuesta neurológica más otras condiciones del paciente como el síndrome de abstinencia, pacientes que por su agitación, fricción, cizallamiento continuo no conservan los cambios de posición o retornan al supino puedan generar lesiones por esta causa, en este caso también se consideran lesiones no evitables porque el personal de enfermería está cumpliendo las medidas de intervención de cuidado, lateraliza el paciente pero él retorna a la posición supina, por eso se consideran no evitables. Pacientes que, por falta de colaboración, que se niegan a los cuidados también a pesar de múltiples acciones educativas el paciente presenta la lesión, esto es un factor identificado de lesiones no evitables.

El porcentaje de lesiones evitables está más o menos en un 60% y las no evitables en un 40%, teniendo en cuenta que hay un número importante de unidades de cuidado intensivo.

Las causas pueden ser falta de capacitación al personal porque en muchas ocasiones entra personal nuevo cubriendo muchos faltantes en la institución, falta de personal y que a lo mejor no tenga el entrenamiento que se requiere, personal rotativo en los servicios que está enseñado a unas áreas específicas y se trasladan a otras áreas también puede ser un factor, la complejidad de los pacientes, sobrecarga laboral. Otros factores como agotamiento.

3. ¿Usted cree que este programa ha sido efectivo a nivel del hospital?

No es solo de creer sino de evidenciar cuando se ven los indicadores, desde que surgió el programa se ve una tendencia hacia la disminución de las lesiones por presión tanto en la

incidencia como en la severidad, en un principio donde no se tenía identificadas las estadísticas, no se conocía el problema ahora se tiene claridad ya que se está monitorizando, se está haciendo supervisión, seguimiento al comportamiento de esos indicadores.

4. ¿Por qué cree que esas lesiones son un problema para la institución?

Las lesiones por presión son un indicador de calidad atención y de cuidado, que afecta la imagen institucional, también puede afectar el nivel de satisfacción del personal frente a lo que realiza, si entregamos un paciente con piel sana a la familia, la familia se siente a gusto, eso también se ve reflejado en la satisfacción que nosotros tengamos con estos resultados de entregar un paciente en buenas condiciones a la familia y a la sociedad.

5. ¿Cuáles son las consecuencias de las esas lesiones para los que están directamente afectados e indirectamente afectados?

Las consecuencias son los sobrecostos sea para los indirectamente afectados, para la institución y para el paciente. Inconformidad por parte y parte, sufrimiento para el paciente, la familia. Tiempo por todo lo que esto demanda para el paciente y la familia, para el personal de la institución. Entre otras consecuencias del detrimento en la calidad de vida y complicaciones para el paciente que lo pueden llevar a dificultades a disminuir su autocuidado, su funcionalidad. Otras complicaciones que lo pueden llevar a procedimientos quirúrgicos o incluso infecciones multirresistentes como osteomielitis.

6. ¿Por qué cree que vale la pena que el hospital tenga este programa?

En este momento ya no es de fondo, es un requisito de habilitación en el que debemos de tener un programa de prevención de lesiones por presión.

7. ¿Qué beneficios a traído a la institución el programa de piel sana?

En parte el hospital se adelantó a lo que iba ser un requerimiento, el haberse adelantado a esto, ha sido hace muchos años pionero inclusive para otras instituciones a nivel nacional es referente y tener cierto nivel de reconocimiento a nivel de otras instituciones en el tema de prevención de lesiones por presión.

8. ¿Qué cree usted que hace que el programa sea exitoso?

El programa del hospital es exitoso además de los que muestran los indicadores, es el empoderamiento y el apoyo al programa desde el personal asistencial hasta la parte administrativa. Un programa de prevención sin el compromiso de todos donde no estén incluidos los administradores no va a tener éxito, desde la dirección siempre están atentos a que hallan buenos índices de lesiones por presión y atentos a las necesidades que se presenten para impactar en esta, de interesarse en movilizar recursos necesarios, en adquisición de tecnologías y esto es fundamental desde el acompañamiento de la dirección y de la administración.

9. ¿Cuál cree usted que han sido las barreras y como se superaron?

Una barrea inicial fue el poco recurso humano destinado para lo que era el programa de piel de un hospital como este, entonces todo lo que se dimensionaba en el programa de prevención más múltiples funciones del personal, hasta de la enfermera encargada del programa de piel sana era una barrera para poder llegar a objetivos mucho más concretos, mucho más específicos en el cuidado del paciente y como se logró mejorarlo incluyendo más persona en el programa, entonces donde inicialmente había una sola enfermera para el cuidado de piel desde las interconsultas, ambulatorios, programa de piel sana, educación a pacientes y familias de todo el hospital, capacitación a todo el personal del hospital,, ostomías, heridas, atención ambulatoria a pasar a tener una enfermera para atender interconsultas a pacientes hospitalizados, otra para el grupo de ostomías, otra parte el apoyo a interconsulta a pacientes hospitalizados y otra para ambulatorios y el programa de prevención de lesiones por presión, además de una líder por cada servicio que se encarga de llevar en cada servicio las estrategias a su grupo de trabajo, entonces ya estamos hablando de un grupo de 60 vigías de piel, una por cada servicio, más una enfermera de acompañamiento a hospitalizados y la líder del programa de piel sana que además se encarga del programa de piel sana, también el compromiso de la dirección ha permitido que se involucren más personas en la parte del cuidado de la piel.

10. ¿En qué se diferencia el programa de piel sana del hospital del de otra institución?

El programa se enfocó mucho desde el inicio, se hizo mucho énfasis en que era piel sana, piel sana es piel sin lesiones y no llevar el mensaje que tiene mucha parte del personal de que piel sana son los apósitos. Piel sana es un programa de prevención y ahí es donde hemos hecho la

diferencia, que piel sana no es venga cure, la curación, dando más prioridad a la curación, sino que definitivamente es una piel integra, cuando el paciente tiene lesiones es clínica de heridas pero piel sana son estrategias para mantener una piel integra en el paciente y desde el principio se ha separado de los que es el programa de clínica de heridas, clínica de heridas es manejado por otro grupo diferente al de prevención de úlceras por presión.

11. ¿Qué le hace falta al programa de prevención de lesiones para que mejoren los resultados? En este momento el programa está definido y enfocado a la prevención de lesiones por presión, está definido y es claro, que el hospital pudiera hacer mejoras para el cuidado del paciente se puede pensar en un programa de cuidados de piel, mucho más amplio y en este incluir otros tipos de lesiones en piel que en este momento el hospital considera este tipo de lesiones, se reportan las dermatitis y si necesitamos ver cómo estamos en el índice de dermatitis hay un indicador de dermatitis y se separan si son por humedad o por contacto, generalmente las que se reportan son dermatitis asociadas al uso de pañales, usualmente no se reportan otro tipo de dermatitis, incluso en la institución esta con ese nombre, no con otros nombres que se describen en la literatura. Las lesiones por adhesivos no están así mencionadas, sino que están en un grupo de lesiones que se llaman esfacelaciones solo que se aclara la causa de estas, en muchos casos están incluidas las lesiones por adhesivos.

También tenemos un indicador de lesiones por fricción, en esta se reporta la lesión por fricción como las que se presentan en los pacientes agitados, estas se reportan como laceración y se aclara que son lesiones por fricción.

12. ¿En algún momento el programa tuvo un impacto negativo?

Pues no es viable por que el programa pretende un impacto positivo.

13. ¿En algún servicio no funciona bien el programa o que tenga menos impacto o requiera más esfuerzo para que funcione?

Los indicadores están desagregados por servicio y en varios servicios se puede ver que el indicador no tenga mejoría o desmejore o no se cumpla con el indicador. El indicador se mide por mil pacientes atendidos, es número de lesiones por pacientes atendidos, porque esto es importante cuando se van a comparar instituciones tener presente como se mide el indicador, en

la institución son número de lesiones y no número de pacientes lesionados, si un paciente tiene diez lesiones son diez lesiones que se reportan, en muchas salas podemos ver que una sola lesión con respecto al número de pacientes hace que se supere el índice y salir de la meta esperada.

## **Encuesta #2**

### **Enfermera coordinadora de clínica de heridas.**

1. ¿Cuál es el problema o la oportunidad de mejora que quiere impactar el programa de prevención de lesiones en piel?

-Disminuir las complicaciones asociadas al cuidado de la salud, en este caso las lesiones por presión, por humedad y asociada a dispositivos médicos, que incrementen los días de estancia hospitalaria, y empeoren la condición de salud de los pacientes.

-Sensibilizar al personal de salud, acerca de la importancia de la prevención de la aparición de las lesiones por presión.

2. ¿Por qué o cuales cree que sean las causas de las lesiones por dependencia en los pacientes de la institución en la que labora?

-Desconocimiento de los protocolos, desinterés

-Carga laboral (número de pacientes)

-Patologías complejas (4to nivel)

-Protocolo de mínima manipulación o movilización.

3. ¿Qué ha sido efectivo o no lo ha sido para abordar el problema de las lesiones por dependencia?

Si, es un programa en el que la enfermera líder trabaja continuamente, independientemente de lo que muestren los indicadores. Se incluye a todo el personal de enfermería, además a la familia para que ellos sean de apoyo en los diferentes cuidados que se le brinde a su paciente.

4. ¿Por qué cree que las lesiones por dependencia son un problema en la institución?

-Porque aumenta el riesgo de complicación de la patología

-Aumenta la estancia hospitalaria

-Representa un cuidado adicional al paciente.

-Son pacientes que requieren mayores cuidados.

5. ¿Cuáles son las consecuencias de las lesiones por dependencia para aquellos que están directamente afectados, y aquellos que están indirectamente afectados?

Directamente (pacientes):

-Dolor

-Otro problema asociado a su condición de salud

-Incomodidad

-Dependencia

Indirectamente (personal de salud y familia):

-Fatiga y agotamiento

-Aumento de la carga laboral

-Proporcionar mayores cuidados

-Incremento de los gastos

6. ¿Por qué vale la pena prevenir las lesiones por dependencia?

Vale la pena, porque representa una carta de presentación acerca de los cuidados que se les proporcionan a los pacientes, basados no solo en la enfermedad como tal, sino en la prevención de complicaciones y disminución de costos y estancia hospitalaria.

7. ¿Qué beneficios tiene para la institución el programa de prevención de lesiones en piel?

-Prevención de las diferentes lesiones asociadas a la dependencia.

-Trabajo en conjunto con el programa de clínica de heridas, para el tratamiento idóneo de estas lesiones.

-Brindar un manejo adecuado de estas lesiones, basados en la teoría y la experiencia.

8. ¿Qué contribuye a que el programa de prevención de lesiones en piel tenga éxito?

(facilitadores)

-Enfermeras especialistas en heridas y ostomías, con amplia experiencia en el manejo de estos pacientes.

-Capacitación continúa.



9. ¿Cuáles son las barreras para que el programa de prevención de lesiones en piel funcione?  
¿Cómo se han superado o se superarán estas barreras?

Falta de personal

Se ha superado parcialmente, incluyendo una persona que se enfoque en la valoración y cuidado de las heridas en el paciente hospitalizado, así la enfermera de piel sana puede enfocarse solo en el programa, enfocado a la prevención de estas lesiones y capacitación del personal (vigías de piel) que contribuyan a la identificación de los pacientes con mayor riesgo y proporcionen cuidados para evitar la aparición de estas complicaciones y brinden cuidados básicos en pro de mejorar dichas condiciones.

10. ¿Qué tiene el programa de prevención de lesiones en piel que cree que marca la diferencia?  
Es una enfermera con maestría en el cuidado de la piel con heridas y ostomía, y enfocada solo al programa de piel sana y análisis de eventos adversos (lesiones por presión).

Esta enfermera se encargó de capacitar a enfermeras profesionales, líderes de cada uno de los servicios, para mitigar el impacto de las lesiones por presión y dar herramientas básicas para el cuidado de la piel, este grupo se llama: VIGIAS DE PIEL

Actualmente, hay otra enfermera especialista que continúa con las capacitaciones continuas de las vigías de piel, al menos una vez al mes, mientras que la enfermera de piel sana, se enfoca en la prevención de las lesiones por dependencia y análisis de eventos adversos.

11. ¿Qué más se necesita el programa de prevención de lesiones en piel para lograr los resultados esperados?

-Mayor personal especialista, para poder abordar minuciosamente, cada uno de los servicios, y de manera oportuna.

-Si hay mayor personal, se puede realizar capacitaciones con más frecuencia, al personal, para la identificación no solo de lesiones por presión, sino también se lesiones por humedad, por adhesivos y asociada a dispositivos, y con ello, poder crear indicadores con cada uno de ellos.

12. ¿Quién o qué podría suplir estas necesidades?

-Enfermera profesional, no especialista, pero con diplomado en heridas y ostomías.

- Enfermera profesional, con conocimiento y manejo de los pacientes con heridas y ostomías.

13. ¿Cómo buscará el programa de prevención de lesiones en piel cubrir estas necesidades?

Seguir trabajando arduamente por mejorar los indicadores, en pro de que las complicaciones que se presenten en los pacientes disminuyan.

14. ¿Ha tenido impactos negativos el programa de prevención de lesiones en piel? ¿Cómo surgieron?, ¿Qué se hizo para reducir este impacto negativo?

Creo que no

15. ¿Puede darme un ejemplo de dónde el programa de prevención de lesiones en piel esté funcionando realmente bien? ¿Cómo se ve cuando funciona realmente bien? ¿Qué crees que hace que funcione bien en este caso?

En los servicios de cuidados intensivos: si bien es en donde se presenta la mayoría de los casos, generalmente son enfermeras fijas y empoderadas de los mismos, con compromiso en realizar la ronda de piel en cada turno e identificar posibles complicaciones para abordarlas a tiempo.

Externamente: En el Hospital SES de Caldas, es el único hospital en esa ciudad (Manizales) que cuenta con un equipo interdisciplinario, no solo con personal de enfermería, sino también con médicos de diferentes especialidades, todos encaminados al cuidado de la piel.

¿Cómo se ve?: Son un referente a nivel nacional para todas las clínicas de heridas del país.

Hace que funcione bien: Porque tiene una enfermera empoderada y enfocada solo al programa.

Porque no tienen competencia en el medio (en la ciudad)

16. ¿Puede darme un ejemplo de dónde el programa de prevención de lesiones en piel no está funcionando muy bien? ¿Por qué no funciona bien en este caso?

Yo creería que, en los servicios de atención inicial y urgencias, por el alto flujo y rotación de pacientes y la alta carga laboral.

17. ¿Cuáles han sido los impactos del programa de prevención de lesiones en piel?

Mejoría de los indicadores

-Disminución de los costos para las personas, instituciones y sistemas de salud.

-Disminución de las complicaciones

## ANEXO 2

### ENTREVISTA INSTITUCIÓN 2.

1. ¿Cuál es el problema o la oportunidad de mejora que quiere impactar el programa de prevención de lesiones en piel?

- Sensibilizar al personal asistencial sobre la importancia de adherirse a las estrategias de prevención de lesiones en piel.
- Fortalecer la participación médica en la valoración de la piel, educación al paciente y la familia.
- Fortalecer la educación al paciente y a la familia sobre prevención de lesiones en piel.

2. ¿Por qué o cuales cree que sean las causas de las lesiones por dependencia en los pacientes de la institución en la que labora?

- Falta de adherencia de a las estrategias de prevención de lesiones en piel por parte del personal asistencial.
- Rotación del personal
- En los dos últimos años situación de pandemia (aumento del número de pacientes en estado crítico).
- Considerar el cuidado de la piel menos importante por parte del equipo asistencial.
- Priorización de otros cuidados y actividades de enfermería
- Falta de verificación de las actividades de enfermería delegadas por el enfermero de turno.

3. ¿Qué ha sido efectivo o no lo ha sido para abordar el problema de las lesiones por dependencia?

Ha sido efectivo para abordar el problema de las lesiones por dependencia la capacitación continua al personal asistencial, educación al paciente y a su familia, implementación de estrategias para la prevención de lesiones en piel, uso de apósitos de espumas hidro celular para prevención de lesiones por presión, fortalecer el programa de piel sana ya que el programa de piel sana no tenía continuidad ( el programa va a cumplir 3 años de continuidad), Incentivar el

reporte de lesiones en piel, clasificar adecuadamente la etiología de las lesiones en el reporte, la realización del análisis de cada evento para definir planes de mejora. Es efectivo realizar análisis de eventos relacionados con piel en la medida de lo posible día a día con el personal, no dejar pasar mucho tiempo para su análisis.

No es efectivo definir acciones de mejora sin tener en cuenta al personal asistencial. No es efectivo la falta de estandarización de cuidados y fijación de dispositivos médicos.

4.¿Por qué cree que las lesiones por dependencia son un problema en la institución?

Las lesiones asociadas a la dependencia son un problema para nuestra institución ya que dentro del modelo organizacional y el plan estratégico de la clínica el rosario se habla de la atención centrada en la persona con un enfoque basado en valor, la lesiones asociadas a la dependencia estarían afectando todas las líneas estratégicas del plan estratégico afectando: las experiencias memorables para las personas ya que el paciente debería llegar a nuestra institución, satisfacer sus necesidades y egresar de esta sin eventos adversos u otros problemas de salud, generando así experiencias memorables para los pacientes y sus familias. Otra línea estratégica con la que estaría relacionada es desenlaces clínicos superiores pues la prevención de lesiones asociadas a la dependencia hace parte de una práctica segura que se relaciona con los estándares superiores de calidad que se quieren alcanzar y la última línea estratégica es eficiencia operacional ya que la prevención de lesiones por dependencia contribuye en la optimización de los recursos disminuyendo el uso de apósitos y demás insumos que se requiera para tratar las lesiones generadas durante el proceso de atención en salud, además la disminución de la estancia hospitalario e infección asociadas aportarían en esta línea.

5.¿Cuáles son las consecuencias de las lesiones por dependencia para aquellos que están directamente afectados, y aquellos que están indirectamente afectados?

Las consecuencias para aquellos que están directamente afectados son estancia prolongada, dolor, demora para volver a su vida cotidiana, afectación de la vida social, familiar y laboral del paciente.

Las consecuencias para los indirectamente afectados es el aumento de los costos en la atención en salud, la estancia prolongada, implicaciones legales, desviación de indicadores de calidad.

6.¿Por qué vale la pena prevenir las lesiones por dependencia?

Vale la pena prevenir las lesiones por dependencia para fortalecer un cuidado digno y humanizado, vale la pena prevenir las lesiones en piel para generar experiencias memorables en el paciente, para disminuir las complicaciones, los eventos adversos y prevenir el dolor en el paciente, disminuir la estancia prolongada y los costos en la atención. Vale la pena la prevenir lesiones en piel para garantizar una atención humanizada, segura y con excelencia clínica.

7.¿Qué beneficios tiene para la institución el programa de prevención de lesiones en piel?

El programa de prevención de lesiones en piel beneficia a la institución ya que contribuye a la atención segura de los pacientes, fortalece un de los paquetes instruccionales de buenas prácticas clínica para la seguridad del paciente en la atención en salud ( prevención de úlceras por presión), con la capacitación continua del personal se pretende disminuir el número de lesiones presentadas durante el proceso de atención en salud en la institución, la monitorización continua de indicadores relacionados con el tema generan planes de mejora que aportan para la disminución de ocurrencia de eventos adversos relacionados con piel y hablando de plan estratégico de la institución contribuye a su visión cuando se habla que la institución trabaja para ser una institución con estándares superiores de calidad, innovación y desarrollo tecnológico.

8.¿Qué contribuye a que el programa de prevención de lesiones en piel tenga éxito?

(facilitadores)

- La alta dirección la cual apoya las diferentes actividades e insumos requeridos para el programa.
- Atención interdisciplinaria de los pacientes

- Inclusión del programa de piel sana con otros proyectos como el de movilidad temprana en la UCI adultos.
- El programa de seguridad del paciente es uno de los facilitadores ya que el programa de piel sana se integra al programa de seguridad del paciente.
- Receptividad del personal asistencial durante capacitaciones, jornadas de sensibilización, rondas de piel, análisis de eventos.
- Comunicación efectiva de la enfermera del programa de piel sana con las líderes de las unidades, terapia respiratoria, nutrición.
- Tecnología de punta para la prevención de lesiones en piel. (espumas hidro celulares, ácidos grasos hiperoxigenados, removedor de adhesivo, barreras cutáneas)

9. ¿Cuáles son las barreras para que el programa de prevención de lesiones en piel funcione? ¿Cómo se han superado o se superarán estas barreras?

- Falta de disponibilidad de personal para agendar para capacitación y dar cumplimiento al cronograma anual de capacitaciones: Se trata de socializar y capacitar en los servicios cuando no se programa personal en las fechas estipuladas.
- Falta de tiempo para realizar rondas de piel ya que la enfermera encargada del programa de piel sana es la encargada de clínica de herida: Se trata de hacer rondas en los servicios críticos, unidades de alta dependencia.
- Rotación del personal: Se realiza capacitación continua y taller de seguridad al personal nuevo donde se brinda teoría y práctica.

10. ¿Qué tiene el programa de prevención de lesiones en piel que cree que marca la diferencia?

El programa de piel sana no solo se basa en la prevención de lesiones por presión si no en las diferentes lesiones asociadas a la dependencia, la capacitación continua al personal sobre prevención de lesiones en piel, la búsqueda de mejora continua en compañía de los diferentes

coordinadores, Tecnología avanzada para la prevención de lesiones en piel, unidad de cuidados intensivos adultos con 100% con camas con superficies especiales de manejo de presión (SEMP).

11. ¿Qué más se necesita el programa de prevención de lesiones en piel para lograr los resultados esperados?

Intensificar las rondas de piel, fortalecer la educación al paciente y a la familia, empoderamiento del enfermero en el servicio para verificar la realización del plan de cuidados definido para cada paciente según el riesgo, que el personal médico se involucre en la valoración de la piel, educación al paciente y familia.

12. ¿Quién o qué podría suplir estas necesidades?

Contar con una auxiliar de enfermería que tenga como objetivo la educación al paciente y la familia, la valoración de la piel para definir si es necesario intervención por clínica de heridas. Capacitación al personal médico.

13. ¿Cómo buscará el programa de prevención de lesiones en piel cubrir estas necesidades?

- Buscar ayuda desde el programa de educación.
- Definir fechas de capacitación con la dirección médica.

14. ¿Ha tenido impactos negativos el programa de prevención de lesiones en piel? ¿Cómo surgieron?, ¿Qué se hizo para reducir este impacto negativo?

En el proceso de fortalecimiento del programa de piel sana se evidencia un aumento de reportes de lesiones de diferentes etiologías lo que se podría ver como un impacto negativo, pero en realidad es una fortaleza ya que se puede identificar las necesidades reales de la institución y hacia donde se debe direccionar el plan de mejora.

15. ¿Puede darme un ejemplo sobre dónde el programa de prevención de lesiones en piel esté funcionando realmente bien? ¿Cómo se ve cuando funciona realmente bien? ¿Qué crees que hace que funcione bien en este caso?

En la UCI adultos. Se evidencia la valoración de la piel del paciente al ingreso del paciente al servicio y en cada turno, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en piel al paciente intubado cada 6 horas, cambios de posición según el reloj de cambios de posición, aplicación de la escala de valoración en cada turno, protección de prominencias óseas con espumas hidro celulares, fijación de sondas vesicales y dispositivos médicos según protocolos, registro en historia clínica el estado de la piel en la nota de enfermería y que se hace para prevenir.

Hace que funcione bien la capacitación continua, rondas de piel, socialización de eventos, jornadas de sensibilización.

¿Puede darme un ejemplo de dónde el programa de prevención de lesiones en piel no está funcionando muy bien? ¿Por qué no funciona bien en este caso?

Urgencias: A pesar que no se han presentado lesiones por presión si se han presentado lesiones por adhesivos.

Se evidencia en el registro de la historia clínica fallas ya que no se describe la valoración de la piel con frecuencia, los cambios de posición no se realizan cada 2 horas, la educación a la familia y al paciente es poca. Si se evidencia registro de la escala de valoración.

Hay dificultades en el servicio por ser un servicio complejo con alto volumen de pacientes, dificultad para cambio de posición en las camillas.

16. ¿Cuáles han sido los impactos del programa de prevención de lesiones en piel?

- Disminución de lesiones por presión asociadas a dispositivos médicos en UCI neonatal
- Aumento de la adherencia del personal a las estrategias de prevención de lesiones en piel
- Fortalecimiento del enfoque relacionado con prevención de lesiones en piel. (Política de piel sana, programa de piel sana, protocolo de lesiones en piel durante el proceso de atención en salud)
- Continuidad del programa
- Capacitación continua sobre prevención de lesiones en piel
- Fortalecimiento del reporte de lesiones en piel



- Diligenciamiento de la escala de valoración del riesgo optada por la institución en cada turno y de acuerdo al grupo poblacional.